RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2006
2007

Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Québec

2008-00792/

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2006
2007

Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Québec

Le mot du PDG et de la présidente du CA

Encore une année remplie de défis! Des défis pour la région... pour le réseau... pour les gestionnaires et le personnel... et encore beaucoup de changements. La réorganisation du réseau a presque atteint sa vitesse de croisière et peut maintenant s'embarquer dans le plus grand des défis, la réalisation du projet clinique et la mise en place du réseau local de services. Le Centre de santé et de services sociaux de Laval en sera le capitaine tandis que les autres établissements seront sollicités au cours des prochains mois pour réaliser ce vaste projet de partenariat. Le réseau local de services a la responsabilité entière de la population de son territoire et doit faire en sorte que celle-ci ait accès à tous les services de santé et les services sociaux dont elle a besoin.

Par ailleurs, l'Agence a entrepris une démarche visant à ajuster sa propre structure organisationnelle en fonction des mandats, rôles et responsabilités qui lui ont été confiés avec l'adoption du projet de Loi 83. C'est ainsi que s'est poursuivi le transfert, au CSSS de Laval, d'une autre partie du personnel de l'Agence affecté aux fonctions de programmation et de coordination, transfert qui s'est terminé à l'automne 2006. Après deux ans de « réflexion » quant à l'avenir de l'Agence, nous pouvons dire que nous sommes sur notre lancée et nous comptons garder la cadence afin de maintenir les services à la population.

La prochaine année sera marquée par la préparation de notre *Planification stratégique 2007-2010*. Des consultations seront menées pour mieux connaître les attentes, non seulement celles des établissements du réseau mais aussi celles de nos partenaires et de la population, et pour se tourner vers l'avenir.

C'est à l'aide de plusieurs plans d'action et cadres de référence que le réseau de la santé et des services sociaux de Laval a pu arrimer efficacement ses différentes actions et mesures afin de mieux desservir la population.

C'est ainsi que le *Plan d'action régional en santé mentale 2006-2010* a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence; il comporte 52 mesures à mettre en œuvre. Nous y retrouvons, entre autres, la décentralisation du service social régional afin de mieux répartir les soins entre les centres d'hébergement (CHSLD) et un rehaussement de l'offre de services psychosociaux dans les établissements visés.

Le *Cadre de référence régional en matière de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial* précise les critères de reconnaissance de ces ressources et identifie les établissements qui peuvent recourir à leurs services. Les responsabilités de l'Agence sont, entre autres, d'établir les modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires, de préciser les critères de reconnaissance des ressources intermédiaires, de maintenir un fichier des ressources reconnues, de s'assurer de la mise en place de mécanismes de concertation entre les établissements et leurs ressources intermédiaires.

Dans le cadre de l'adoption du projet de Loi 33, le ministère a demandé aux agences de se pencher plus à fond sur les mécanismes d'accès. Le *Plan d'action des services spécialisés chirurgicaux* a été élaboré avec pour objectif de réduire les listes d'attente des services spécialisés en chirurgie ainsi que la liste d'attente à des délais jugés médicalement

acceptables pour les chirurgies des prothèses de la hanche, du genou et de la cataracte. Ce plan s'arrimera au *Plan d'action des services médicaux de première ligne* qui met en réseau le CSSS de Laval et les cliniques médicales privées. Le continuum de services entre la première ligne et la deuxième ligne sera ainsi plus fluide, particulièrement pour les services chirurgicaux.

Quant au *Plan directeur régional en traumatologie de Laval 2005-2008*, il décrit, notamment, l'offre de services. Étant donné que la région de Laval ne compte aucun centre désigné dans le cadre du réseau québécois de traumatologie, la population lavalloise est tributaire de la région de Montréal en ce qui concerne les soins secondaires et tertiaires liés aux traumatismes. C'est pourquoi un corridor de services a été établi entre la région de Laval et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Avec ce plan, la région pourra mieux définir le continuum de services et proposer des mesures spécifiques pour un meilleur arrimage.

Le *Cadre de référence régional – L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise* a été élaborée et a fait l'objet d'un large consensus de la part de l'ensemble des partenaires de la région de Laval. Ce cadre de référence balise le financement des organismes communautaires ainsi que les relations entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, le Centre de santé et de services sociaux de Laval, les établissements régionaux (le Centre jeunesse de Laval, le CRDI Normand-Laramée et l'Hôpital juif de réadaptation de Laval) et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'Agence s'est engagée à s'assurer du principe de la prépondérance du financement en appui à la mission globale et par entente particulière sur les autres modes de financement. De plus, elle allouera un minimum de 10 % des budgets de développement octroyés à l'Agence.

Depuis plusieurs années, l'Agence et le Département régional de médecine générale œuvrent à l'amélioration des services médicaux de première ligne. À cette fin, l'accessibilité aux services, la continuité et la prise en charge de la clientèle par un médecin de famille représentent des cibles essentielles. Bien que les groupes de médecine familiale (GMF) demeurent un outil indispensable à l'atteinte des cibles, on ne peut compter que sur ce type de services pour compléter l'offre de service du réseau local. C'est à la suite de ces réflexions que le *Cadre de référence pour les cliniques-réseau de Laval* a été adopté par le conseil d'administration.

Le pourcentage estimé de personnes d'expression anglaise à Laval représente environ 16 % de la population. Afin d'offrir un meilleur service aux personnes d'expression anglaise, l'Agence de Laval a procédé à la révision de son *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2007-2010*. Cette révision actualise le droit de toutes personnes d'expression anglaise de recevoir des services de santé et des services sociaux dans leur langue. Le plan d'action comporte certaines recommandations, dont l'amélioration de l'accès aux médecins de famille d'expression anglaise ou bilingues, la mise en place des services pour le programme de santé mentale et l'offre de cours d'anglais aux intervenants.

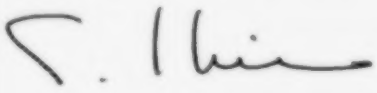
En matière d'immobilisations, plusieurs projets sont des exemples concrets de l'amélioration des services pour les Lavallois. En janvier 2007, le premier ministre Jean Charest, en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard et de la ministre responsable de la région de Laval, Michelle Courchesne, est venu procéder à l'annonce d'un budget de 28,7 M$, pour la construction d'un Centre intégré de cancérologie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval. En avril 2007, le CSSS de Laval a inauguré son nouveau laboratoire d'hémodynamie après une annonce ministérielle, il y avait un an à peine.

Avec la contribution exceptionnelle des acteurs engagés dans la réforme, tous les partenaires sont en mesure de bâtir et de développer un réseau de santé et de services sociaux lavallois des plus performants... sans toutefois oublier le plus important, l'humain qui est au centre de nos actions.

La région de Laval a fait preuve d'innovation et de créativité pour répondre aux attentes de la population, et ce, à la hauteur des moyens dont elle dispose. Des projets importants ont été réalisés et nous désirons saluer et remercier tous les acteurs qui y ont contribué, tant à l'Agence que dans les établissements publics et privés et dans les organismes communautaires.

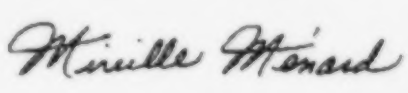
Pour offrir des services de qualité le plus accessibles possible, nous devons compter sur ce que nous avons de plus précieux, c'est-à-dire nos ressources humaines. Merci à tous!

Le président-directeur général,



Claude Desjardins

La présidente du conseil d'administration,



Mireille Ménard

Déclaration par le PDG de la fiabilité des données

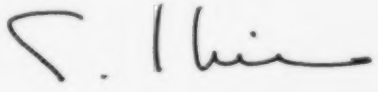
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence ;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

Le président-directeur général,



Claude Desjardins

Table des matières

Le mot du PDG et de la présidente du CA 2

1. Le conseil d'administration et ses commissions 9
2. L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval 13
3. Le portrait du territoire 17
4. Le réseau de services 19
5. Le bilan des réalisations 2006-2007 23
6. Les états financiers condensés de l'Agence 43

Annexe I Fiches de reddition de compte 55

Annexe II Publications de l'Agence 75

Annexe III Données financières des établissements 77

Annexe IV Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du conseil d'administration 79

Liste des acronymes et des sigles

ASSS de Laval	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS de Laval	Centre de santé et de services sociaux de Laval
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration-CLSC (système d'information sur la clientèle en CLSC)
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PDG	Président-directeur général
PEDIP	Programme d'évaluation, de développement et d'intégration professionnelle
POSILTPH	Programme de services intensifs long terme à domicile pour personnes handicapées
PRSA	Programmation régionale des services ambulatoires
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RI	Ressources intermédiaires
RSL	Réseau local de services
RNI	Ressources non institutionnelles
RTF	Résidences de type familial
SAD	Soutien à domicile (maintenant Services en milieu de vie)
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SI-PRSA	Système d'information - Programmation régionale des services ambulatoires
SI-RIL	Système d'information - Réseau intégré de Laval
SRA	Système régional des admissions
TED	Troubles envahissants du développement

Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Liste des tableaux, figure et graphique

Figure 1	Organigramme de l'Agence	13
Tableau 1.	Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2007	15
Tableau 2.	Mobilité du personnel et évolution des effectifs de l'Agence	15
Tableau 3.	Population par groupe d'âge	17
Tableau 4.	Établissements du réseau	19
Tableau 5.	Nombre de lits ou de places d'hébergement privés	20
Tableau 6.	Effectifs du réseau	20
Tableau 7.	Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1 000 habitants	20
Tableau 8.	GMF de Laval	21
Tableau 9.	Nombre d'organismes communautaires	21
Tableau 10.	Nombre d'arthroplasties et de chirurgies	24
Tableau 11.	Patients couchés sur civières à l'urgence	25
Graphique 1.	Évolution du financement des organismes communautaires (2002-2007)	30
Tableau 12.	Allocations du Programme de soutien aux organismes communautaires	31
Tableau 13.	Administration des régimes de sécurité et de stabilité d'emploi	37
Tableau 14.	Formation personnel Réseau	37
Tableau 15.	Développement des compétences	38
Tableau 16.	Bilan	45
Tableau 17.	Résultats	46
Tableau 18.	Soldes de fonds combinés	47
Tableau 19.	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits	48
Tableau 20.	Bilan des fonds affectés	49
Tableau 21.	Etat sommaire de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés	50
Tableau 22.	Situation financière des établissements publics à Laval	77
Tableau 23.	Sommaire régional du financement net 2006-2007 des établissements de Laval	77
Tableau 24.	Financement temporaire autorisé par l'Agence de Laval aux établissements publics de la région lavalloise en 2006-2007	78
Tableau 25.	Dépenses 2006-2007 par catégorie d'établissements	78

1. Le conseil d'administration et ses commissions

1.1 Responsabilités

Les affaires d'une agence sont administrées par un conseil d'administration composé des membres suivants, nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux, et leur mandat est effectif pour deux ans. Le conseil d'administration a notamment pour fonctions :

- d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région, et d'élaborer des orientations à cet égard ;
- de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;
- de nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Dans le cadre du projet de Loi 83, le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité qui doit notamment recevoir et analyser les rapports et faire des recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus et sur le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Ce comité est composé du :

- président-directeur général : Claude Desjardins,
- commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services : Michel Coutu,
- et de trois membres du conseil d'administration : Laurent Guay, Pierre Hamelin et Michelle Nadon.

1.2 Membres du conseil d'administration au 31 mars 2007

Officiers

PRÉSIDENTE : Mme Mireille Ménard
VICE-PRÉSIDENT : M. Luc Villiard
SECRÉTAIRE : M. Laurent Guay
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL : M. Claude Desjardins

Représentants des différents milieux et des commissions

Département régional de médecine générale
Dr Maurice Pilon

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Dr Jean Parratte [1]

Commission infirmière régionale
Mme Michelle Nadon

Commission multidisciplinaire régionale
Mme Lise Chagnon [2]

Représentant du comité des usagers des établissements
M. Pierre Hamelin

Organismes socio-économiques
Mme Annie Potier [3]
M. Jimmy Ung

Organisme représentatif du milieu communautaire
M. Laurent Guay

Organisme représentatif du secteur public de l'enseignement
M. Walter Fogel

Organisme représentatif du milieu syndical
M. Marc Ranger

Personnes reconnues pour leurs compétences en gestion
M. Jean-Guy Blanchet
Mme Jocelyne Poulin

Membre coopté
Mme Denise Ouimet

[1] Dr Chérif Tadros a démissionné en décembre 2006
[2] M. Richard Lachapelle a démissionné en mars 2007
[3] M. Charles Gingras a démissionné en octobre 2006

Éthique et déontologie

Afin de s'adapter à la nouvelle réalité du changement de nom et des nouvelles fonctions, les membres du conseil d'administration ont revu le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Vous le trouverez en annexe à la page 79.

Aucun manquement au code d'éthique n'a été constaté au cours de l'année 2006-2007.

1.3 Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale de Laval est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région, et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- les questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers ;
- les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population ;
- l'exécution de tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

PRÉSIDENTE :
Michelle Nadon
Hôpital juif de readaptation

VICE-PRÉSIDENTE :
Louise Cossette
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Solange Boucher
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Bélinda Briand
CSSS de Laval, CLSC du Marigot

Claude Desjardins
ASSS de Laval

Céline Doray
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Nicole Dufresne
CRDI Normand-Laramée

Lise Ferland-Houle
Collège Montmorency

Francine Goyer
CSSS de Laval, Centre d'hébergement Fernand-Larocque

Jean Lafortune
ASSS de Laval

Danièle Lalande
CSSS de Laval, CLSC du Ruisseau-Papineau

Hélène Trudel
CSSS de Laval, CLSC du Marigot

MEMBRES OBSERVATEURS

Claudette Bouchard
CHSLD St-Jude

Josée Couture
Centre médical Laval

Linda Ward
Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal

Les membres de la CIR ont siégé à huit reprises et ont donné leur avis sur certains dossiers :

- Plan d'action de l'urgence du CSSSL 2006-2007 (avis écrit)
- Plan d'action régional en santé mentale
- Plan d'action des services spécialisés chirurgicaux
- Plan directeur régional en traumatologie de Laval 2005-2008

Ils ont échangé sur les sujets suivants :

- Programme d'accès en langue anglaise 2007-2010
- Planification de la main-d'œuvre régionale
- Travaux du comité d'accessibilité du CSSS de Laval
- Travaux du conseil d'administration de l'Agence

Par ailleurs, la planification de la main-d'œuvre et l'organisation du travail font partie des préoccupations de la CIR afin d'améliorer l'accessibilité aux services de santé.

1.4 Commission multidisciplinaire régionale

La Commission multidisciplinaire régionale de Laval est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- les questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région ;
- les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population ;
- l'exécution de tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

PRÉSIDENTE :
Chantale Guévremont
CSSS de Laval, Centre ambulatoire

VICE-PRÉSIDENTE :
Lise Chagnon
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

François Allard[1]
Collège Montmorency

Ghislaine Amiot
CSSS de Laval, Centre ambulatoire

Claude Desjardins
ASSS de Laval

Francine Émard[2]
CRDI Normand-Laramée

Marcel Forcier[3]
CSSS de Laval, Centre ambulatoire

Michèle Girard
CRDI Normand-Laramée

Nathalie Legault
Centre jeunesse de Laval

Chantal Marchand
CSSS de Laval, CLSC de Sainte-Rose

Johanne Paré
ASSS de Laval

Peggy Triantopoulos
Hôpital juif de réadaptation

Poste vacant

MEMBRES OBSERVATEURS

Geneviève Barlow
Centre Le Maillon de Laval

Lucie Bonnier
CSSS de Laval, Centre d'hébergement Sainte-Dorothée

M. François Allard a démissionné en mai 2007 et son poste est vacant pour l'instant.
M. Richard Lachapelle a démissionné en février 2007 et a été remplacé par Mme Émard.
Mme Margot Rouleau a démissionné en avril 2007 et a été remplacée par M. Forcier.

Les membres de la Commission ont siégé à sept reprises et ont donné leur avis sur certains plans d'action :

- Plan d'action de l'urgence du CSSSL 2006-2007
- Plan d'action régional en santé mentale
- Plan d'action des services spécialisés chirurgicaux
- Plan directeur régional en traumatologie de Laval 2005-2008

Ils ont échangé et eu des discussions sur les sujets suivants :

- Programme d'accès en langue anglaise 2007-2010
- Planification de la main-d'œuvre régionale

1.5 Comité régional pour le programme d'accès à des services en langue anglaise

Le Comité régional pour le programme d'accès à des services en langue anglaise est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- de donner son avis sur le programme d'accès élaboré par l'Agence ;
- d'évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications ;
- d'évaluer et d'agir à titre consultatif dans la mise en place des ententes et protocoles de services suprarégionaux offerts en anglais ;
- d'aviser l'Agence sur la mise en place du projet clinique régional en matière d'accès à des services en langue anglaise.

PRÉSIDENTE :
Elizabeth McCleod
Association amicale des jeunes et parents « Agape »

VICE-PRÉSIDENT :
Jean Bélair
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes-Laval

Ann Carey
CHSLD Manoir Saint-Patrice

Thelma Comiré
Le Club des amies de Laval

France Cookson
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Tony De Lauri
Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier

Claude Desjardins
ASSS de Laval

Julie Deslauriers
CRDI Normand-Laramée

Christiane Hémond
Ville de Laval

Jean Lafortune
ASSS de Laval

Lise Pinsonnault
Direction régionale d'Emploi Québec-Laval

Martha Visintin
Hôpital juif de réadaptation

Marlise Vlasblom
CSSS de Laval, CLSC du Ruisseau-Papineau

Au cours de l'année 2006-2007, les membres du Comité ont siégé à cinq reprises et ont donné leur avis et ont échangé sur les projets suivants :

- Plan d'action régional en santé mentale
- Programme d'accès aux services en langue anglaise 2007-2010 et son plan d'action
- Projet McGill : formation linguistique
- Projet RABASCA - Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
- Info-Santé
- Vivre en forme et en santé

1.6 Forum de la population

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval de donner son avis sur :

- les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction face aux services ;
- l'organisation de services pour mieux répondre aux besoins ;
- les modes de consultation de la population ;
- le plan stratégique triennal d'organisation de services ;
- le plan d'action régional de santé publique.

Le Forum de la population n'a pas siégé en 2006-2007. Toutefois, un appel de candidature a eu lieu et voici les nouveaux membres qui ont été nommés et qui devraient se réunir en septembre 2007.

Socio-économique

Claude Cataford
Fédération de l'âge d'or (section Laval)

Diane Clavet
Commission scolaire de Laval

Georgette Cossette-Mater
AQDR Laval

Josée Cusson
Laval Technopole

Dina Di Tomassa
Pastorale de Laval

Gilles Fournier
DIRA-Laval

Josette Guerrier
Centre COMEL

Melpa Kamatéros
Table de concertation sur la violence conjugale de Laval

Éva Leblond
Table de concertation en condition féminine de Laval

Jenny Ingrid Lebounga Vouma
Forum jeunesse Laval

Éric Marquis
Collège Montmorency

Sami Pierre Moubayed
Forum jeunesse Laval

Dominique Rioux
Option Travail

Communauté d'expression anglaise

Lydia Nouneh
CISEP

Communauté culturelle

Kamel Soumeur
Centre culturel islamique de Sainte-Rose

Comité des usagers

Vincent Aucoin
Comité des usagers, CSSS de Laval

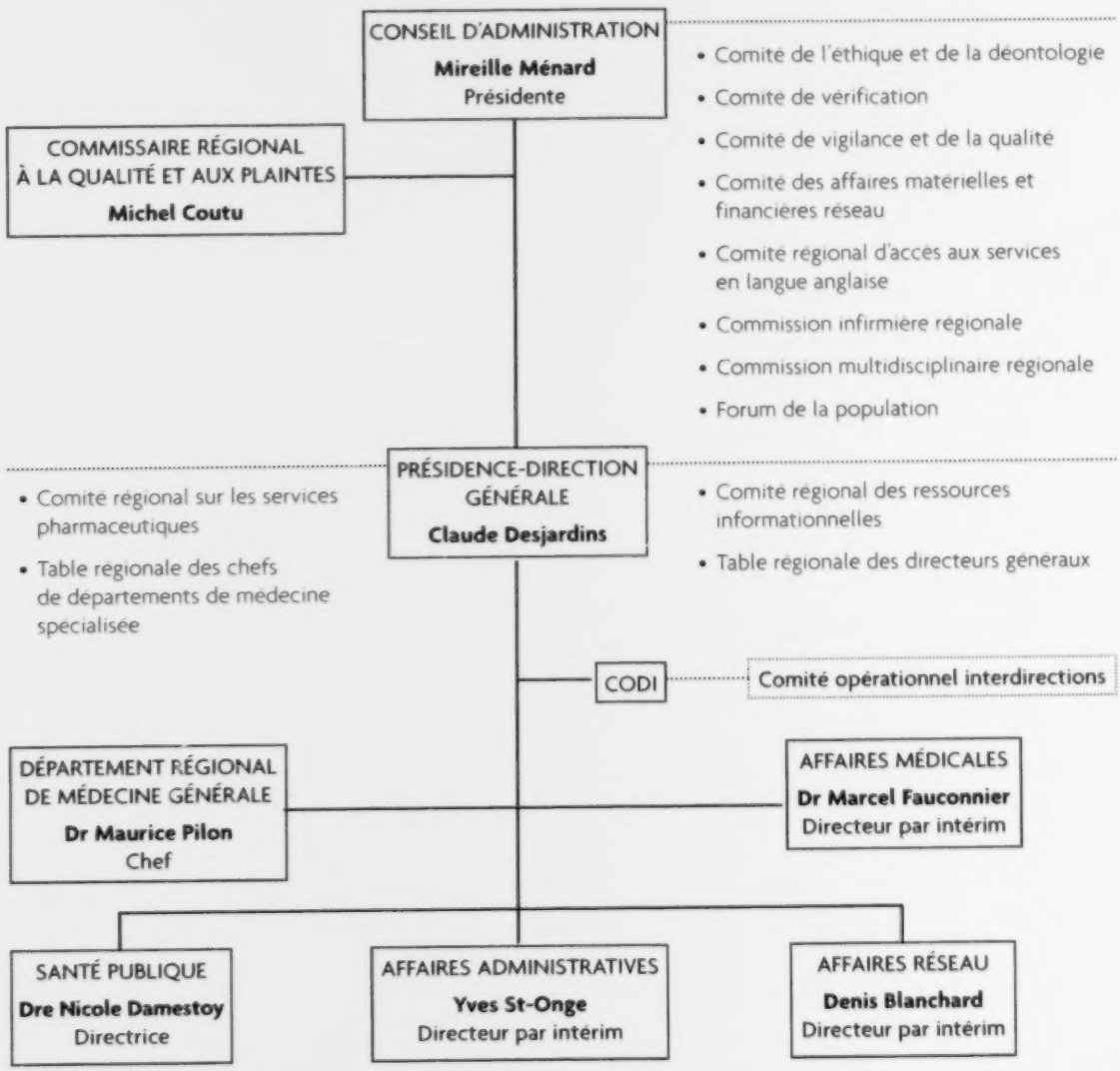
Rémi Goulet
Comité des usagers, Résidence Riviera

2. L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval

2.1 Réorganisation et modification de l'organigramme de l'Agence

En janvier 2007, l'Agence se dotait d'une nouvelle structure organisationnelle transitoire avec trois directions.

Par ailleurs, un dernier mouvement de personnel de l'Agence au CSSS de Laval a été réalisé par le transfert des ressources humaines, financières et matérielles des employés de la Direction des affaires réseau affectée à la programmation à l'automne 2006.



2.2 Mission

Avec l'entrée en vigueur du projet de Loi 83, loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et d'autres dispositions législatives, le 30 novembre 2005, la mission des agences a quelque peu été modifiée. Toutefois, les principaux mandats sont demeurés les mêmes :

- la planification stratégique pluriannuelle ;
- le soutien aux établissements dans l'organisation des services ;
- la coordination des activités médicales particulières et du plan régional des effectifs médicaux ;
- la santé publique (promotion et prévention, surveillance de l'état de santé, maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail) ;
- le soutien aux organismes communautaires ;
- la protection des usagers et la promotion de leurs droits ;
- la planification et le développement d'outils de gestion de l'information ;
- la planification et le développement de la main-d'œuvre ;
- l'allocation des ressources financières ;
- l'administration de la reddition de compte et des ententes de gestion.

2.3 Comités sous la responsabilité du PDG

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Cette table est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chef de département au sein d'un établissement situé sur le territoire de l'Agence. Cette instance a été complétée et deux rencontres ont eu lieu.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée exerce les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux en spécialité ;
- définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés, divisé par spécialité ;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés ;
- évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins spécialistes ;
- donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine ;
- donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments ;
- donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé ;
- exécuter tout autre mandat que peut lui confier le conseil d'administration.

PRÉSIDENTE :
Dre Martine Montigny*
Chef de département de médecine spécialisée,
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

SECRÉTAIRE :
Dr Dominique Tremblay
Chef du département gynécologie-obstétrique,
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Dr Rubin Becker
Hôpital juif de réadaptation

Dr André Boisjoly
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Dr Gilbert Cérat
Centre ambulatoire du CSSS de Laval

M. Claude Desjardins
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Dre Pascale Hamel
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Dr Jacques Ouellet
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Dr Jean Parratte
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Dr Jean-Sébastien Roy
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

MEMBRES OBSERVATEURS

Dre Nicole Damestoy
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Dr Gaétan Fillion
Hôpital juif de réadaptation

Dre Patricia Hudson
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

AUTRE MEMBRE

Dr Marcel Fauconnier
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

* Dr Chérif Tadros, président de la Table a démissionné en décembre 2006.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Ce comité est composé de représentants des pharmaciens d'établissement et propriétaires de la région de Laval. La région de Laval compte 70 pharmaciens propriétaires, 48 pharmaciens en établissement et 127 pharmaciens communautaires. Cette instance a été complétée et deux rencontres ont eu lieu.

Ce comité exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre ;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques ;
- exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

REPRÉSENTANT DES CHEFS DE DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE

Francine Lussier Labelle
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

REPRÉSENTANT DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

Jean Thiffault

REPRÉSENTANT DES PHARMACIENS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

John Zannis

REPRÉSENTANT DES PHARMACIENS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS UN CENTRE EXPLOITÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT

Nathalie Fernandes
CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Claude Desjardins
PDG Agence de la santé et des services sociaux de Laval

2.4 Effectifs de l'Agence

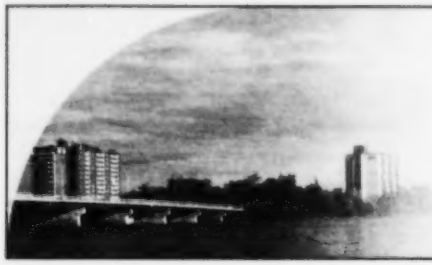
Tableau 1 EFFECTIFS DE L'AGENCE DE LAVAL AU 31 MARS 2007

	2006-2007	2005-2006
Les cadres		
• Temps complet	11.0	14.2
• Temps partiel	0.0	0.7
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0.0	0.0
Les employés réguliers		
• Temps complet	62.0	89.0
• Temps partiel	0.6	0.8
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0.0	0.0
Les employés occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	13 520	15 530
• ETC	7.4	8.5
Total des effectifs	**81.0**	**113.2**

Aux effectifs de l'Agence de Laval s'ajoutent une vingtaine de médecins et un dentiste actifs au sein de la Direction de santé publique et de la Direction des affaires médicales et santé physique. Ils sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 2 MOBILITÉ DU PERSONNEL ET ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'AGENCE

Postes affichés	12
Requêtes traitées pour l'affectation de personnel	61
Embauches	19
Départs	24
Griefs réglés	7
Grief en suspens	6
Entente syndicale conclue	0
Renouvellement d'entente	1



3. Le portrait du territoire

La région de Laval est caractérisée par les données suivantes :

Au plan géographique :

- Superficie de 246 km2. Laval est la plus petite région administrative au Québec.
- Densité de la population de 1 532,0 habitants/km2, la plus élevée après Montréal.

Son territoire est réparti selon les parts suivantes :

- Terrains non exploités 25,8 %
- Résidentielle 24,1 %
- Transports, communications, services publics 17,6 %
- Agriculture 17,4 %
- Commerciale et industrielle 10,8 %
- Culturelle, récréative, loisirs 4,4 %

Source : Ville de Laval, service de l'évaluation, sommaire du rôle de l'évaluation foncière, mai 2006

Au plan démographique :

- En 2007, la région de Laval compte 370 957 citoyens, soit 4,9 % de la population du Québec, ce qui la place au 8e rang des régions sociosanitaires.
- Laval a connu depuis 1996 une augmentation de 10 % de sa population alors que, dans l'ensemble du Québec, on a observé une croissance de 5 %.
- La population des 0-17 ans ne cesse de décroître de 1996 à 2007, passant de 23 % à 21 %.
- La population des 65 ans et plus a crû de 44 % de 1996 à 2007, comparativement à 26 % au Québec et à 9 % pour la région de Montréal.

Tableau 3 POPULATION PAR GROUPE D'ÂGE

Groupe d'âge	Population 2006	Population 2007	Variation %
Hommes	180 116	181 217	0,6
Femmes	188 387	189 740	0,7
0-14 ans	62 652	61 713	-1,5
15-24 ans	45 157	45 893	1,6
25-44 ans	106 191	105 011	-1,1
45-64 ans	101 491	103 874	2,3
65-74 ans	29 657	30 064	1,4
75 ans et plus	23 355	24 402	4,5
TOTAL	**368 503**	**370 957**	**0,7**

Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques, édition 2007

- Pour l'année 2005, Laval compte 3 780 naissances avec un taux de natalité de 10,3/1 000, similaire à celui du Québec (9,9/1 000). Le nombre de décès pour la même année s'élève à 2 300, ce qui donne un accroissement naturel positif (naissances moins décès) de 1 480 individus.
- En 2001, la région de Laval compte 52 490 immigrants, la deuxième en proportion au Québec après Montréal. Les premiers pays de naissance des immigrants sont, par ordre d'importance, l'Italie, la Grèce et le Liban.
- La majorité des Lavallois parlent uniquement le français à la maison.
- Au chapitre des migrations interrégionales, on note un solde positif de 2 680 individus entre 2005 et 2006; les trois principales régions d'origine des entrants, comme de destination des sortants, sont, dans l'ordre, Montréal, les Laurentides et Lanaudière.

Source : Statistique Canada, données du recensement de 2001. Bulletin statistique régional, Laval, Institut de la statistique du Québec, vol.4, no.1, 2007

Au plan socio-économique :

- Tout comme au Québec, le niveau de scolarité des Lavallois a fortement augmenté ces dernières années. En 2001, 29 % des Lavallois de 25 ans et plus ne possédaient aucun diplôme d'études secondaires contre 34 % en 1991. Pour la même période, la proportion de la population ayant un grade universitaire (au moins un baccalauréat) augmentait de 4 points de pourcentage à 15 %. Ces gains semblent plus importants chez les femmes.
- Le lieu de travail est à Laval pour 37 % des Lavallois alors que 56 % ont un travail à l'extérieur, principalement à Montréal.
- En 2005, Laval est la région qui affiche le revenu personnel par habitant le plus élevé du Québec, 31 160 $ comparativement à 29 499 $ dans l'ensemble du Québec.
- En 2001, près d'une personne sur six vivait sous le seuil de faible revenu, soit 13 % des hommes et 18 % des femmes (54 190 personnes ou 16 %). Au Québec, il s'agit de 17 % des hommes et 21 % des femmes.

Source : Statistique Canada, données du recensement de 2001 ; Bulletin statistique régional, Laval, Institut de la statistique du Québec, vol.4, no.1, 2007

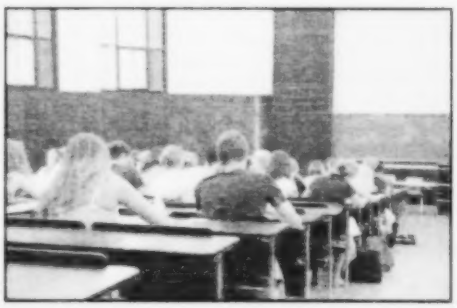
Au plan de la santé des Lavallois :

- En 2004, l'espérance de vie des Lavallois se situe à 79,1 ans chez les hommes et à 83,4 ans chez les femmes. Globalement, l'espérance de vie à Laval (tous sexes confondus) est supérieure d'environ un an à celle du Québec.
- Les cancers sont à l'origine d'un peu plus du tiers (35 %) des décès en 2005 sur notre territoire et constituent ainsi la première cause de décès, suivis des maladies de l'appareil circulatoire (25 %). Au Québec, les proportions sont respectivement de 32 % et de 27 %.
- Chez les hommes, le cancer du poumon est le plus mortel, suivi du cancer colorectal et de celui de la prostate. Chez les femmes, bien que le cancer du sein soit celui à l'origine du plus grand nombre de nouveaux cas, c'est aussi le cancer du poumon qui est la première cause de décès par cancer, suivi de celui du sein et du cancer colorectal.

Source : Fichiers de décès, MSSS, 2005

- À Laval, en 2005, 50 % des personnes de 20-64 ans souffrent d'obésité ou d'embonpoint, les hommes (62 %) plus que les femmes (38 %). On ne note pas de différence significative par rapport au Québec.
- Près du tiers des Lavallois de 20 ans et plus (28 %) sont considérés comme sédentaires, autant les hommes que les femmes.
- La proportion de fumeurs réguliers est en régression, mais on compte encore un Lavallois de 12 ans et plus sur cinq (19 %) qui fume tous les jours en 2005.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005



4. Le réseau de services

4.1 Établissements du réseau

Afin de répondre à ses besoins de santé et de services sociaux, la population peut compter sur un réseau de quatre établissements publics, six établissements privés conventionnés et cinq privés non conventionnés.

En 2006-2007, le budget net de fonctionnement accordé aux établissements publics et privés conventionnés totalisait 449,7 M$ comparativement à 397,6 M$ en 2005-2006.

Tableau 4 ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU

Centre de santé et de services sociaux de Laval	NB de lits	
• Hôpital de la Cité-de-la-Santé	414*	Soins généraux et spécialisés
• Centre ambulatoire		Soins ambulatoires
• CLSC des Mille-Îles		Services de santé, psychosociaux et communautaires de première ligne
• CLSC du Marigot		
• CLSC du Ruisseau-Papineau		
• CLSC de Sainte-Rose		
• Centre d'hébergement Fernand-Larocque	98	Services d'hébergement et de soins de longue durée
• Centre d'hébergement Idola-St-Jean	196	
• Centre d'hébergement de La Pinière	100	
• Centre d'hébergement Rose-de-Lima	96	
• Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée	285	
Hôpital juif de réadaptation	132	Soins de réadaptation physique
CRDI Normand-Laramée	95**	Centre spécialisé de réadaptation en déficience intellectuelle
Centre jeunesse de Laval	220***	Services psychosociaux, communautaires et d'hébergement pour les jeunes
CHSLD privés conventionnés	NB de lits	
• Centre d'hébergement Champlain Saint-François	53	Services d'hébergement et de soins de longue durée
• CHSLD St-Jude	204	
• CHSLD Vigi L'Orchidée blanche	128	
• Manoir Saint-Patrice	96	
• Résidence Riviera	128	
• Sante Courville de Laval	68	
CHSLD privés non conventionnés	NB de lits	
• Centre d'hébergement de la Rive	67	Services d'hébergement et de soins de longue durée
• Centre d'hébergement de la Villa-les-Tilleuls	68	
• Résidence du Bonheur (La)	50	
• Centre d'hébergement l'Éden de Laval	43	
• Villa Val des Arbres	145	

* Plus 38 lits de psychiatrie

** Places internes à la Résidence Louise-Vachon

*** Places internes dans les unités de vie et les foyers de groupe

Tableau 5 Nombre de lits ou de places d'hébergement privés	
Types d'établissement	
Ressources de type familial (nb places pour 96 ressources reconnues)	319
Ressources intermédiaires (nb places pour 64 ressources reconnues)	275
Résidences privées avec services pour personnes âgées (nb d'unités locatives pour 53 résidences)	3 276
HLM (unités pour les personnes âgées)	714

Source : MSSS, SDI, mai 2007 et Agence de la santé et des services sociaux de Laval

4.2 Effectifs du réseau

Tout près de 9 000 personnes œuvrent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à Laval, incluant les médecins et les dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. On constate que près des deux tiers des effectifs travaillent au CSSS de Laval et que l'autre tiers des travailleurs se répartit entre les différents établissements.

Sur une base globale, les établissements de la région de Laval ne devraient pas connaître de mouvement majeur à court terme à la suite de départ à la retraite. L'accroissement des départs à la retraite est prévisible à moyen terme. Cependant, plusieurs titres d'emploi ont été identifiés comme vulnérables, dont les infirmières, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les technologues en radiodiagnostic et les inhalothérapeutes. Pour faire face à cette situation, l'Agence mettra en place, un comité régional de planification de la main-d'œuvre.

Tableau 6 Effectifs du réseau	
Établissement	Nb d'employés
Centre d'hebergement Champlain Saint-François inc.	69
Centre jeunesse de Laval	933
CHSLD St-Jude	263
CHSLD Vigi L'Orchidée blanche	143
CRDI Normand-Laramée	438
CSSS de Laval	5 579
Hôpital juif de réadaptation	530
Manoir Saint-Patrice	115
Residence Riviera	177
Santé Courville de Laval	99
Total	**8 346**

Tableau 7 Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1 000 habitants						
RÉGION	OMNIPRATICIENS	Nb / 1000 h	SPÉCIALISTES	Nb /1000 h	ENSEMBLE DES MÉDECINS	Nb /1000 h
06 Montréal	1 967	1,04	3 668	1,94	5 635	2,97
13 Laval	**313**	**0,85**	**221**	**0,60**	**534**	**1,45**
14 Lanaudière	337	0,80	227	0,54	564	1,35
15 Laurentides	455	0,89	248	0,48	703	1,37
16 Montérégie	1 180	0,86	828	0,61	2 008	1,47
Ensemble du Québec	**7 707**	**1,01**	**8 161**	**1,07**	**15 868**	**2,08**

Source : MSSS, SDI, mai 2007

4.3 Groupes de médecine de famille

Le GMF Polyclinique médicale Fabreville a été accrédité en février 2007. Pour la prochaine année, deux nouveaux GMF devraient être créés dans la région. D'ailleurs, la croissance du nombre de GMF ainsi que le nombre de patients inscrits est toujours une cible à atteindre.

En 2006-2007, les GMF Centre médical Laval et Concorde se sont vu renouveler leur accréditation pour une durée de trois ans. Au sein de ces deux GMF, les objectifs d'inscription de la clientèle en vue du renouvellement d'accréditation ont été atteints.

Tableau 8 GMF DE LAVAL

Nom du GMF	Affiliés	Nb de médecins
GMF de Laval	Unité de médecine familiale de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et CLSC du Marigot	15
GMF Centre médical de Laval	Centre médical Laval et CLSC des Mille-Îles	16
GMF Concorde	Polyclinique Concorde et CLSC du Marigot	26
GMF Sainte-Dorothée	Centre médical Sainte-Dorothée et CLSC du Ruisseau-Papineau	13
GMF Polyclinique médicale Fabreville	Polyclinique médicale Fabreville et CLSC de Sainte-Rose	8

4.4 Organismes communautaires

L'Agence a subventionné, pour l'année 2006-2007, 88 organismes communautaires et quatre autres organismes en santé et services sociaux, pour un budget total de 12 907 003 $.

Les détails des subventions aux organismes communautaires allouées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) se trouvent au tableau 12, page 31.

Tableau 9 NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Programmes-services	Nb d'OC	Nb d'employés rémunérés
Déficience intellectuelle et TED	6	86
Déficience physique	9	96
Dépendances	2	25
Jeunes en difficulté	18	166
Perte d'autonomie liée au vieillissement	16	149
Santé mentale	9	65
Santé physique	2	44
Santé publique	13	77
Services généraux	13	126
TOTAL	88	834

5. Le bilan des réalisations 2006-2007

5.1 Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) de Laval est l'instance regroupant tous les médecins généralistes de la région de Laval. Il compte un peu plus de 300 médecins omnipraticiens qui œuvrent en première ligne.

Conformément à l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens ;
- définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux et en assurer la mise en place ;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux et faire des recommandations sur la nature de ces services ;
- faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) ;
- donner son avis et réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de l'Agence relativement aux services médicaux généraux.

Liste des membres du comité de direction

CHEF : **Dr Maurice Pilon**, Carrefour médical

Dr Michel Breton
Centre médical Laval

M. Claude Desjardins
PDG, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Dr Alain Goudreau
Chef de département de médecine générale, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Dr Raynald Guay
Médi-Centre Chomedey

Dre Louise Phaneuf
Clinique médicale Sainte-Dorothée

Dr Claude Saucier
Polyclinique médicale Concorde

Dre Lyette St-Hilaire
CSSS de Laval, CLSC de Sainte-Rose

À titre de représentant de l'Agence :
Dr Marcel Fauconnier
Direction des affaires médicales

Le DRMG s'est réuni à plusieurs reprises pour soutenir l'organisation des services médicaux de première ligne, dont les principales réalisations sont :

- le soutien, suivi et bilan des projets-réseau en place sur le territoire ;
- la tournée des cliniques partenaires des projets-réseau par le DRMG ;
- la collaboration dans l'accréditation du GMF Fabreville ;
- la collaboration dans les processus du renouvellement de l'accréditation de deux GMF ;
- l'élaboration du cadre de référence des cliniques-réseau de Laval ;
- la consolidation et couverture agrandie de PRIISME Diabète-Laval pour la prévention et le soutien des maladies chroniques dans dix établissements de la région ;
- la collaboration et mise en marche du projet PRIISME-Respiratoire dans six cliniques médicales ;
- la collaboration à la mise en place d'une Info-ligne pour les patients orphelins.

Le Plan d'action des services médicaux de première ligne à Laval

À la suite de l'adoption du Plan d'action des services médicaux de première ligne, le DRMG a poursuivi son travail de concertation avec les partenaires du réseau. Un colloque régional sur l'organisation des services de première ligne a eu lieu le 5 avril 2007 en collaboration avec l'Association des médecins omnipraticiens de Laval. Ce colloque avait pour objectif de déterminer les besoins et les préoccupations des responsables des cliniques privées et d'explorer des pistes de développement.

Par ailleurs, la cible 1 du Plan d'action consiste à évaluer l'accessibilité à un médecin de famille pour les populations vulnérables de Laval. À l'aide d'un sondage, nous avons pu constater que 29,1 % des patients lavallois sont orphelins de médecins de famille. Beaucoup de travail en perspective pour améliorer la prise en charge des 4 000 Lavallois « vulnérables » n'ayant pas de médecins de famille.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Deux plans régionaux d'effectifs médicaux ont été élaborés en 2006-2007, l'un en omnipratique et l'autre en spécialités. Le manque de médecins de famille demeure une préoccupation importante du DRMG, d'autant plus que les médecins omnipraticiens pratiquant à Laval sont parmi les plus âgés au Québec. Il faut aussi tenir compte de la pénurie de main-d'œuvre médicale qui occasionne la fermeture de cliniques privées, laissant ainsi plusieurs personnes orphelines de médecins. Le DRMG se penchera, au cours des prochains mois, sur les mesures à prendre pour s'assurer que ces personnes puissent avoir accès à un médecin dans des délais raisonnables.

Les projets-réseau

Quinze cliniques médicales sont actuellement reconnues comme projets-réseau. Ce partenariat entre le CSSS de Laval et les cabinets privés permet le repérage et la prise en charge subséquente des clientèles vulnérables par le réseau. Ces projets, qui regroupent plus de 50 % des médecins omnipraticiens de la région, constituent une base dans l'implantation du réseau médical de première ligne. En 2006-2007, un budget de 631 885 $ a été alloué au CSSS de Laval afin d'assurer le fonctionnement des projets-réseau.

Un comité formé du CSSS de Laval, du DRMG, de l'Agence et de la Direction de santé publique veille au développement, au suivi et au bilan annuel de ces projets. Les travaux visent entre autres l'arrimage des projets avec les objectifs du plan d'action des services médicaux de première ligne et les services offerts sur le territoire.

5.2 Direction des affaires médicales et santé physique

Liste d'attente en chirurgie

Le CSSS de Laval a largement dépassé le seuil de production pour les chirurgies de la cataracte (cible : 1 466) et les chirurgies avec hospitalisation (cible : 4 402). Toutefois, ce n'est pas le cas pour les chirurgies d'un jour et les arthroplasties du genou. Ceci s'explique en partie par le départ de deux orthopédistes en cours d'année.

Pour les délais d'attente de plus de 6 mois, un effort important a été consenti pour réduire ces listes d'attente. À la période 13, il y avait très peu de patients qui étaient hors délais, soit six pour les arthroplasties de la hanche, 14 pour les arthroplasties du genou et 12 pour les chirurgies de la cataracte.

Malgré le volume important d'endoscopies oncologiques effectuées en 2006-2007 (cible : 13 837 – résultat : 15 376), le nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois demeure élevé, soit 430.

Tableau 10 Nombre d'arthroplasties et de chirurgies

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Résultats 2005-2006	Résultats 2006-2007
Nombre d'arthroplasties de la hanche	91	111	96
Nombre d'arthroplasties du genou	131	166	135
Nombre de chirurgies de la cataracte	1 367	1 647	1 766
Nombre de chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	5 912	5 439	4 994
Nombre de chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH et PTG)	4428	4 574	5 082

L'accès aux services spécialisés chirurgicaux... tout un défi

Le Plan d'action des services spécialisés chirurgicaux a été adopté au CA en décembre 2006. Ce plan a pour objectif de maintenir et d'accroître la capacité d'intervention des services spécialisés dans des délais d'accès raisonnables, afin de répondre aux attentes ministérielles.

Dans le cadre du projet de Loi no 33 — ce projet de loi modifie la LSSS afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés — , l'Agence a soutenu le CSSS de Laval quant au processus d'implantation des mécanismes de garantie d'accès pour ce type de services. Toutes les consignes et les priorités ministérielles à respecter pour la démarche préalable à l'implantation l'ont été: nomination de responsables, épuration des listes d'attente, analyse organisationnelle, matérielle et financière au bloc opératoire, production du plan régional d'accès aux services spécialisés, formation du personnel, analyse des corridors de services pour une deuxième offre de services (alternative), etc. L'inscription des usagers en attente de chirurgie dans le système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés (SIMASS) a débuté à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, le 1er juin 2007.

L'urgence... des délais d'attente en hausse

L'accessibilité aux services et les délais d'attente dans les urgences font partie des priorités ministérielles. C'est donc un suivi intensif et régulier des urgences qui est demandé à toutes les agences par le MSSS et le Centre de coordination national des urgences (CCNU).

Un montant de 2,3 M$ non récurrent a été injecté dans le cadre du Plan des mesures de désencombrement de l'urgence visant à libérer des lits de courte durée et à éviter que la clientèle se présente à l'urgence inutilement. L'objectif premier de cet investissement est de mettre en place des mesures en amont et en aval pour diminuer l'engorgement à l'urgence et ainsi augmenter l'accessibilité.

La situation de l'urgence du CSSS de Laval pour l'année 2006-2007 a été particulièrement difficile. Depuis 2004, l'année 2006-2007 est celle où une détérioration de l'ensemble des indicateurs en santé physique reliés aux services d'urgence est la plus marquée, et ce, malgré les nombreux efforts déployés de même que le suivi rigoureux du CSSS de Laval pour améliorer la situation. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats :

- l'augmentation importante du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus qui se présentent à l'urgence, ce qui représente une augmentation des transports ambulanciers vers l'urgence, notamment pour cette clientèle ;
- le manque de ressources d'hébergement alternatives;
- le manque de lits de courte durée ;
- l'augmentation des infections nosocomiales ; la gestion de ces lits en quarantaine limite le nombre de lits disponibles dans tout l'établissement ;
- le manque de lits en posthospitalisation.

Tableau 11 PATIENTS COUCHÉS SUR CIVIÈRES À L'URGENCE

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Résultats 2005-2006	Résultats 2006-2007
Séjour moyen (nombre d'heures)	15,97	15,07	16,81
Séjour moyen / 75 ans et plus	19,4	17,56	19,72
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus	1,4 %	0,73 %	2,49 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus / 75 ans et plus	2,3 %	1,0 %	3,76 %

Les soins palliatifs, en développement dans la région

La Maison de soins palliatifs de Laval devrait ouvrir à l'automne 2007, avec une capacité de 12 lits. Cette ressource d'hébergement a travaillé en collaboration avec le CSSS de Laval et l'Agence afin d'élaborer un protocole d'entente décrivant les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires. Cette entente permettra de compléter la mise en place d'un réseau de services intégrés en soins palliatifs.

Un budget a été accordé au CSSS pour le développement d'un programme de formation qui a été offert à tous les intervenants du réseau local de services travaillant avec une clientèle de soins palliatifs (courte durée, CHSLD, soins à domicile, RNI).

La lutte au cancer aura son centre à Laval

L'annonce, en janvier 2007, de la construction d'un Centre intégré de cancérologie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval permettra de desservir la clientèle lavalloise dans sa région. Ce centre s'intègre au projet clinique du Programme de lutte contre le cancer déposé au MSSS en novembre 2006. La mise en opération de ce centre est prévue pour 2011.

La cardiologie tertiaire est maintenant en place

La première salle d'hémodynamie a débuté ses activités en avril 2007, notamment grâce à une entente de collaboration entre le CSSS de Laval et le Réseau

universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal. Six hémodynamiciens du CHUM se sont joints en rotation à l'équipe du CSSS, composée de dix cardiologues, six infirmières, quatre technologues, un préposé et une secrétaire. Cette équipe est en mesure de recevoir des patients lavallois 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Un numéro unique 811 pour Info-santé et Info-social

Dans le cadre des travaux d'optimisation des services de réponse téléphonique Info-santé et afin de répondre aux objectifs ministériels, le CSSS de Laval, en collaboration avec l'Agence, a complété tous les travaux préalables à la mise en place du numéro unique 811. Nous avons débuté par la centralisation des quatre services Info-Santé locaux regroupés à la centrale du CLSC du Marigot du CSSS de Laval, et par la formation des infirmières au logiciel Info-Santé Web (pour les fiches d'appel et les protocoles infirmiers). L'objectif premier du numéro unique d'Info-Santé est d'atteindre la cible ministérielle qui est de répondre à 90 % des appels en 30 secondes alors que, présentement, ce pourcentage est atteint en 4 minutes. La mise en place du numéro unique 811 est prévue à la fin de l'année 2007. Des travaux sont en cours pour évaluer les besoins d'effectifs requis pour atteindre cette cible.

En ce qui concerne l'Info-social, le service est en développement et la mise en place du service est conditionnelle à l'optimisation des ressources humaines et financières, tel que prévu par le ministère. L'échéancier a été reporté au cours de l'année 2008.

5.3 Direction des affaires réseau

Les jeunes en difficulté, une intervention ciblée

La *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*, rendue publique par le gouvernement du Québec en mars 2006, s'engage dans l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes en proposant de favoriser le développement d'habiletés personnelles et sociales ainsi que l'acquisition de saines habitudes de vie, en soutenant davantage ceux qui éprouvent des difficultés à s'insérer dans la société et en poursuivant la lutte contre le suicide.

Afin de soutenir la mise en œuvre de certaines mesures, des allocations de 326 000 $ ont été allouées au Centre jeunesse de Laval pour compléter son équipe multidisciplinaire en santé mentale et pour poursuivre le programme Qualification des jeunes. Ce programme renforce la capacité des jeunes à devenir des adultes autonomes et responsables et s'adresse aux jeunes de 16 ans et plus qui ont séjourné dans les centres jeunesse. L'accompagnement fourni par des intervenants consacrés à ce programme est d'une durée de trois ans et peut se poursuivre jusqu'à un an après leur sortie du centre jeunesse. Pour sa part, la Maison de quartier Vimont a pu consolider les activités du volet « Maison de jeunes ».

Le CSSS de Laval, le Centre jeunesse de Laval et les organismes communautaires se sont concertés afin de mettre de l'avant un service de supervision des droits d'accès (les parents peuvent visiter leurs enfants sous supervision ou effectuer la transition d'un milieu familial à l'autre) dans la région. En tenant compte des recommandations des différents partenaires, le montant de 35 000 $ a servi à l'implantation d'une ressource répondant aux besoins des jeunes et de leurs parents.

Considérée comme une mesure pivot auprès des jeunes et dans l'organisation des services, l'équipe d'Intervention Jeunesse du CSSS de Laval a poursuivi son mandat grâce à une allocation de 90 000 $.

La santé mentale, des besoins de plus en plus importants

Dans la foulée du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* et du Plan d'action régional qui en découle, un budget de 1,4 M$ a été consenti dans le réseau afin de se rapprocher des cibles fixées pour 2010. En concertation avec les établissements et les organismes de la région, ces montants ont permis à différents projets de s'implanter, dont :

- la consolidation des équipes de première ligne en santé mentale au CSSS de Laval, volet jeunesse (145 554 $), ce qui a permis de rejoindre 150 jeunes de plus, et celle du volet adulte (436 662 $), pour rejoindre 450 adultes de plus ;

- le soutien d'intensité variable dans la communauté, une mesure développée par le CSSS de Laval en collaboration avec le Centre d'implication libre de Laval, qui a reçu 181 942 $;
- le suivi intensif dans la communauté réalisé par le CSSS de Laval qui a rejoint cinq adultes de plus, avec un montant de 36 388 $;
- la clientèle présentant une cooccurrence de troubles mentaux et de toxicomanie a pu bénéficier d'une meilleure desserte avec l'octroi au CSSS de Laval d'une somme de 36 388 $;
- l'ajout de onze places supplémentaires en unité spécifique d'hébergement au Centre d'hébergement Idola-St-Jean, grâce au montant de 141 200 $ versé au CSSS de Laval ;
- l'augmentation des services pour les personnes suicidaires grâce à l'ajout d'une coordination des projets Sentinelle (détecter la détresse psychologique et sociale pour ensuite référer aux bonnes ressources d'aide) au CSSS de Laval avec la somme de 72 777 $.

Un des défis majeurs des prochaines années est de soutenir le développement de places en RNI, soit l'ajout de trois places en RI et de cinq places en RTF, tout en s'associant à l'élaboration d'une planification structurante pour les années à venir.

Le CSSS de Laval poursuit la formation et la mise en œuvre de la programmation en ce qui concerne la problématique du Trouble de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH).

La mise en œuvre du programme de prévention des dépendances

Afin de s'assurer de la mise en œuvre du programme de prévention des dépendances en milieu scolaire et ainsi mieux dépister, évaluer et référer les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique, l'Agence a alloué 67 126 $ au CSSS de Laval.

Pour ce qui est du jeu pathologique, le Centre Le Maillon du Centre jeunesse de Laval a reçu 96 750 $ afin d'augmenter le nombre de joueurs en traitement et le nombre de jeunes référés. Le milieu communautaire a également été soutenu financièrement pour le développement et le maintien des services spécialisés en jeu pathologique. À cet égard, l'Agence a alloué 117 000 $ à « La Maisonnée Paulette Guinois » afin, notamment, d'offrir le traitement et l'hébergement aux joueurs pathologiques. Le CAFAT (Centre spécialisé dans la prévention et le traitement de la codépendance et des multiples dépendances) a également été financé pour offrir des services à cette clientèle.

Les personnes en perte d'autonomie, toujours une priorité pour la région

Services dans le milieu de vie

Dans le processus de restructuration du CSSS de Laval, il est prévu que, d'ici avril 2008, des équipes se consacrant aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) puissent construire un réseau de services intégrés répondant aux besoins particuliers de cette clientèle et favorisant la continuité des services qui leur sont offerts. Pour l'année 2006-2007, le CSSS de Laval, de concert avec l'Agence, a privilégié la consolidation de différentes mesures, telles que la gestion de cas et l'intensification des services. Ces mesures visent à prévenir ou éviter une détérioration de l'état de santé de la clientèle âgée. Elles visent également à avoir un impact sur l'achalandage à l'urgence et à réduire la durée de séjour en centre hospitalier de courte durée.

Un montant de 144 398 $ a été attribué pour des services réguliers de soutien à domicile ainsi que pour la mesure d'intensification des services professionnels et d'aide à domicile. De plus, un montant de 100 000 $ a été alloué pour améliorer l'accès à des services professionnels et réduire le nombre d'usagers en attente de ces services, particulièrement en ce qui concerne les services sociaux et d'ergothérapie à domicile. Une allocation particulière au CLSC de Sainte-Rose a permis de répondre aux besoins de services professionnels requis par la clientèle de la ressource intermédiaire Le Pavillon Notre-Dame.

Quant au programme de prévention des chutes (intervention multifactorielle personnalisée), il a été actualisé et deux thérapeutes en réadaptation physique ont été embauchés.

Dans le but d'atteindre la cible 2006-2007 quant au nombre de personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile offerts par les CLSC : 8 392 personnes, un montant 506 920 $ a été investi. Toutefois, la cible n'a pu être atteinte, compte tenu de l'intensité de services qui ne cesse d'augmenter, et du fait que certains services, offerts à une clientèle à domicile, ne sont pas comptabilisés. Cependant, il s'agit d'une augmentation puisque 8 242 personnes ont reçu des services à domicile en 2006-2007, alors qu'en 2005-2006, il y en avait eu 8 205. D'autre part, pour assurer la continuité d'un programme d'activités spécifiques pour adultes en perte d'autonomie, la somme de 51 100 $ a été allouée au centre de jour du CLSC de Sainte-Rose, CSSS de Laval.

Un réseau d'hébergement qui se bonifie avec le temps

Le réseau d'hébergement s'est modifié au cours de la dernière année par l'ajout de nouvelles ressources :

- La « Maison adaptée aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » ouvrira ses portes à l'automne 2007. En attendant la nouvelle construction de douze places, un site provisoire a permis à huit usagers d'y être admis.

- Grâce à une allocation de 926 776 $, une nouvelle ressource intermédiaire, L'Angelus, a permis d'accueillir 40 usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement ayant des déficits cognitifs.

Quant au complexe « Les Habitations Saint-Christophe » comprenant 51 unités, il fera l'objet d'une évaluation au cours de l'année 2007-2008, par une équipe de chercheurs mandatée par le MSSS.

L'évaluation annuelle de la clientèle hébergée en CHSLD a permis de faire le constat que la lourdeur moyenne régionale de la clientèle hébergée est passée de 2,8 h./soins à 2,96 h./soins. Compte tenu du fait que le critère d'admission en CHSLD passera à 3,0 h./soins par jour au cours de la prochaine année, nous devrions percevoir les résultats de cette augmentation.

La Résidence du Bonheur a reçu un financement récurrent de 58 392 $ pour s'ajuster à la transformation du programme ministériel « Achat de places » et « Entente de services ».

L'amélioration de la qualité des pratiques de prévention des infections nosocomiales dans les ressources d'hébergement publiques et privées conventionnées est un incontournable du Plan d'action régional 2005-2010. Une augmentation progressive du nombre d'infirmières en prévention des infections nosocomiales a été prévue, soit un ratio d'une infirmière pour 250 lits en CHSLD. L'Agence a donc alloué l'équivalent de 1,5 ETC pour les CHSLD de la région.

Une unité transitoire de convalescence et de récupération fonctionnelle de 25 lits a été mise en place au CSSS de Laval. Cette unité est dédiée à une clientèle ayant un profil gériatrique qui, à la suite d'une hospitalisation, nécessite une réadaptation ou une rééducation et dont le retour à domicile serait compromis. Cette unité, à l'extérieur de l'hôpital, offre, avec l'aide d'une équipe interdisciplinaire, des activités qui visent l'optimisation de l'autonomie de la personne fragilisée et le développement des habiletés des proches aidants. Un montant de 125 000 $ a été octroyé pour le démarrage de ce projet qui fait partie des mesures visant le désencombrement de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

La déficience physique

Services dans le milieu de vie

La révision des profils attribués à la clientèle en déficience physique recevant des services dans son milieu de vie a eu un impact significatif sur les résultats consignés dans les ententes de gestion. Cette révision a permis d'améliorer la conformité des données avec les définitions du cadre normatif. Cependant, l'écart avec la cible 2010 s'est agrandi et l'atteinte du résultat inscrit à cette cible s'avérera impossible à réaliser. La révision de cette cible devient dès lors incontournable et fera l'objet d'une analyse et d'un plan de match qui sera déposé au MSSS. Toutefois, l'engagement portant sur le nombre moyen d'interventions par usager a été largement dépassé.

Ce dernier élément illustre bien l'intensité des besoins de la clientèle desservie qui souhaite demeurer dans son milieu de vie le plus longtemps possible. À cet effet, des mesures visant à améliorer l'offre de services de répit aux proches-aidants devront être identifiées et s'actualiser de concert avec les organismes communautaires concernés.

Pour ce qui est de l'allocation directe aux familles pour des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage), l'engagement 2006-2007 a été réalisé puisque 299 familles avec une personne ayant une déficience physique ont pu bénéficier de ce programme.

Services spécialisés offerts par l'Hôpital juif de réadaptation

Afin de se conformer aux cibles de l'entente de gestion, l'Hôpital juif de réadaptation a procédé à une révision de sa codification des clientèles dans différents programmes de réadaptation. Cet exercice avait pour but d'avoir un portrait complet du nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services dans cet établissement.

Au nombre d'usagers lavallois ayant une déficience visuelle ou auditive évalués dans les points de service de l'HJR, soit l'Institut Nazareth Louis Braille (INLB), l'Institut Raymond-Dewar (IRD), l'Association montréalaise pour les aveugles, le Centre de réadaptation Mackay et le Centre de réadaptation Marie-Enfant, s'ajouteront, en 2007-2008, des données en déficience motrice et en déficience langage-parole.

Depuis le 1er janvier 2007, une modification au règlement sur les aides auditives permet aux personnes âgées entre 65 et 74 ans, respectant certains critères préétablis, de bénéficier d'une évaluation en audiologie et d'une aide auditive couverte par la Régie de l'assurance maladie. Afin de rendre ces services disponibles, l'Hôpital juif de réadaptation a reçu un montant de 33 031 $ pour son point de service de l'IRD et 60 000 $ a été attribué au point de service INLB.

L'Hôpital juif de réadaptation a reçu 50 000 $ pour maintenir les services de suivi psychosocial aux usagers dans les ressources résidentielles en déficience physique. De plus, la somme de 70 000 $ a permis le développement par l'HJR de deux nouvelles places dans une ressource socioresidentielle.

Un bilan mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action régional 2004-2009 en déficience physique a été transmis au MSSS par l'Agence. Il est prévu qu'un plan d'action régional précisant l'offre de services pour la clientèle ayant une déficience physique sera établi par le CSSS de Laval, en concertation avec ses partenaires concernés. Plusieurs allocations non récurrentes ont été allouées à divers organismes communautaires travaillant avec cette clientèle. Ces montants leur ont permis de poursuivre des projets ou des activités essentiels à l'intégration sociale et au maintien de ces personnes dans leur milieu de vie.

La déficience intellectuelle (DI) et les troubles envahissants de développement (TED)

Services dans le milieu de vie

Les résultats touchant le volume d'usagers ayant une DI ou un TED desservis par les installations CLSC ne comportent que les données de deux CLSC sur quatre puisque ce sont seulement les données du soutien à domicile qui sont colligées. Pour les deux autres CSLC, ce sont les services Famille-Enfance-Jeunesse qui offrent les services. Lorsque la restructuration du CSSS de Laval sera complétée, toutes les données associées à ces clientèles seront regroupées et refléteront davantage l'offre de services régionale.

Le service de soutien aux familles par allocation directe a permis de rejoindre 451 familles de personnes ayant une DI et 331 familles de personnes ayant un TED.

Pour les TED, la cible 2010 a été établie à 120 familles et a largement été dépassée. Ceci laisse à penser que la présence d'organismes offrant des services spécifiques à cette clientèle suscite une concentration, voire une migration plus importante de jeunes familles ayant des enfants TED sur notre territoire.

Services offerts par les partenaires du réseau

Le délai d'attente à la clinique de développement du CSSS de Laval a été maintenu à moins de 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans nécessitant un diagnostic de TED.

L'organisme « Services du Chat Botté de Laval » a reçu près de 130 000 $ afin d'offrir différents services, par exemple : accroître et maintenir l'accessibilité aux camps d'été, aider les familles lavalloises vivant avec une personne ayant un TED à profiter des services de répit, particulièrement pendant la période des Fêtes et de la relâche scolaire, et débuter le développement de services pour les personnes ayant un TED sans déficience intellectuelle (TEDSI). Un nouveau projet de répit prolongé pour les adolescents et les adultes lourdement handicapés (incluant les adultes avec une DI) sera mis à l'essai de septembre 2007 à juin 2008. Le CRDI Normand-Laramée, en collaboration avec « Services du Chat Botté de Laval », a élaboré un projet d'activités de jour pour les personnes ayant un TED avec une DI. Ils ont reçu 40 000 $ pour la réalisation de cette initiative.

Afin d'actualiser l'offre de services dans un réseau de services intégrés pour les DI et les TED, le CSSS de Laval a collaboré avec ses partenaires du réseau pour développer de nouvelles places d'hébergement dans des ressources non institutionnelles. Ce projet a permis de diminuer le nombre de personnes en attente de services ainsi que les délais pour l'accès à ces milieux de vie. Il vise aussi à offrir du répit par une présence, une surveillance et du dépannage aux proches-aidants.

Services spécialisés offerts par le CRDI Normand-Laramée

Afin de diminuer le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle sur la liste d'attente pour une ressource de type RNI et de rapatrier les Lavallois hébergés sur le territoire montréalais, l'Agence a alloué 405 663 $ au CRDI Normand-Laramée pour l'ajout d'au moins dix nouvelles places.

Afin d'offrir un milieu de vie adapté à des personnes ayant des troubles graves du comportement, la capacité du milieu résidentiel transitoire de la Résidence Louise-Vachon a été augmentée de trois à cinq clients, grâce à une allocation de 72 267 $.

Dans le but de soutenir le plan de réintégration dans la communauté des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon, l'Agence a octroyé 120 000 $ au CRDI Normand-Laramée, en partenariat avec le MSSS.

Les organismes communautaires, une contribution essentielle

Le conseil d'administration a adopté le nouveau *Cadre de référence régional L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise* en février 2007. Étant le fruit d'un travail concerté des établissements et des organismes communautaires lavallois, le cadre de référence fait l'objet d'un large consensus des partenaires de la région. Ce cadre de référence a permis à l'Agence, au CSSS de Laval et aux établissements régionaux de souligner la reconnaissance de l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lavalloise.

Les principaux objectifs de ce cadre de référence sont :

- définir le rôle de l'Agence, du CSSS, des établissements régionaux et des organismes communautaires ;
- reconnaître et promouvoir le soutien de l'action des organismes communautaires
- établir les engagements et les valeurs des différents acteurs à l'égard des organismes communautaires ;
- baliser le processus de reconnaissance et d'admissibilité des organismes communautaires en santé et services sociaux au programme de soutien aux organismes communautaires ;
- baliser les modalités de financement selon quatre types de financement : de soutien à la mission globale (PSOC), par entente particulière, par entente de service et par projet ponctuel.

À la lumière du graphique suivant, nous constatons que le financement des organismes communautaires est en constante évolution dans la région. Nous convenons que les montants ne sont pas à la hauteur des grands besoins financiers des organismes communautaires, cependant le soutien des organismes communautaires demeure une priorité pour l'Agence de Laval.

Graphique 1 ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (2002-2007)

Ensemble, le défi de la mise en œuvre de ce cadre de référence doit être relevé par l'Agence, le CSSS de Laval, les établissements régionaux et les organismes communautaires. La région sera ainsi dotée d'un solide mouvement communautaire et de services diversifiés qui répondent adéquatement aux besoins de la population lavalloise.

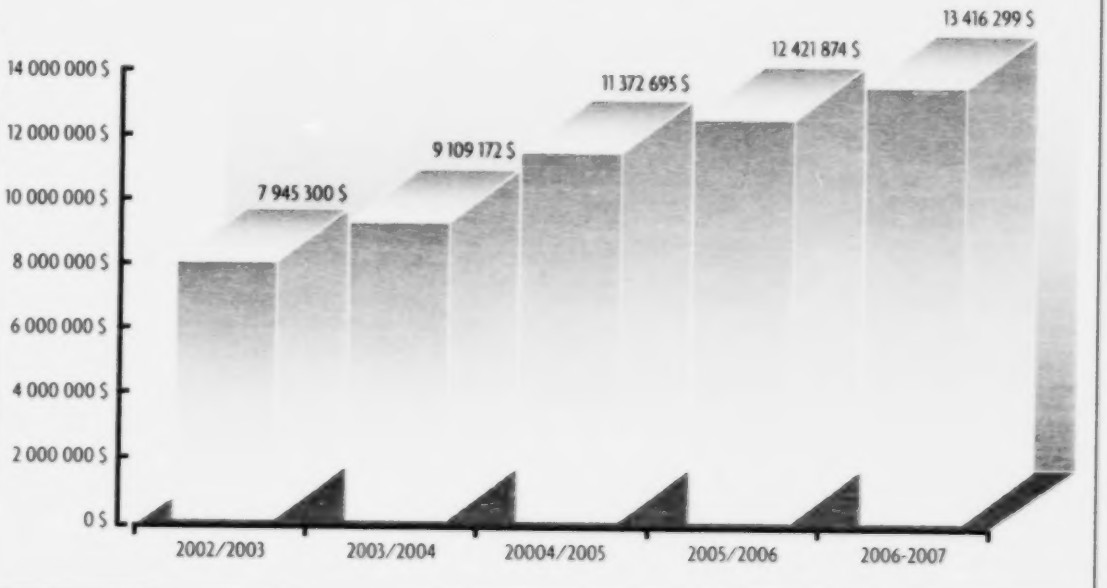


Tableau 12 ALLOCATIONS DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Organismes	Subvention versée 2006-2007	2005-2006
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED		
Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval	59 076 $	59 959 $
Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) inc.	60 593 $	59 231 $
Ateliers adaptés Stimul'arts (Les)	92 752 $	116 021 $
Mouvement Personne d'abord de Laval	60 000 $	68 000 $
Services du Chat botté de Laval	336 145 $	227 905 $
Société de l'autisme et des TED (Laval)	81 993 $	80 150 $
Sous-total	690 559 $	611 266 $
DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association Dysphasie +	103 144 $	90 846 $
Association de la fibromyalgie de Laval	49 999 $	39 609 $
Association des personnes aphasiques de Laval	116 415 $	101 368 $
Association des personnes vivant avec une surdité de Laval	65 619 $	58 633 $
Association lavalloise pour le transport adapté (ALTA) inc.	12 500 $	10 000 $
Association québécoise des traumatisés crâniens / SUPRARÉGIONAL	53 645 $	52 439 $
Association sclérose en plaques Laval	80 674 $	78 860 $
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval	62 585 $	37 500 $
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal-Métropolitain (SIVET) / SUPRARÉGIONAL	59 646 $	58 774 $
Sous-total	690 559 $	611 266 $
DÉPENDANCES		
Centre de prévention et de traitement de la codépendance et des multiples dépendances (CAFAT)	131 334 $	130 180 $
Maisonnée Paulette Guinois (La)	212 839 $	136 650 $
Sous-total	344 173 $	275 925 $
JEUNES EN DIFFICULTÉ		
Association québécoise des troubles d'apprentissage, section Laval	63 116 $	61 764 $
Bureau de consultation-jeunesse inc. / SUPRARÉGIONAL	84 366 $	88 764 $
Carrefour jeunesse de Sainte-Rose	109 778 $	107 310 $
Centre communautaire Val-Martin (Le)	164 710 $	131 285 $
Centre Défi-jeunesse de Saint-François	109 778 $	112 310 $
Diapason-Jeunesse	83 089 $	72 912 $
Gymn-Eau Laval	53 832 $	61 932 $
Jeunes au travail	99 519 $	97 222 $
Maison d'hébergement l'Envolée	327 188 $	319 832 $
Maison de quartier de Fabreville inc. (La)	154 220 $	147 002 $
Maison de quartier Vimont	170 119 $	95 029 $
Maison des jeunes de Laval-Ouest inc.	109 778 $	109 060 $
Maison des jeunes de l'est de Laval	109 778 $	107 310 $
Maison des jeunes de Sainte-Dorothée	109 778 $	107 310 $
Maison des jeunes du Marigot	125 846 $	118 129 $
Mesures alternatives jeunesse de Laval inc.	384 809 $	376 157 $
Oasis, Unité mobile d'intervention	124 068 $	109 306 $
Travail de rue de l'île de Laval (T.R.I.L.) inc.	334 720 $	315 221 $
Sous-total	2 718 492 $	2 614 667 $
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT		
Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)	59 381 $	47 803 $
Association des popotes roulantes de Laval	64 356 $	68 359 $
Association pour aînés résidant à Laval	154 805 $	151 325 $
Bonjour aujourd'hui et après inc.	162 130 $	152 945 $
Centre communautaire Le Rendez-vous des aînés(es) (Laval) inc.	127 728 $	124 856 $
Centre de bénévolat de Laval inc. (2)	280 798 $	240 194 $
Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot	231 412 $	196 884 $

Tableau 12 ALLOCATIONS DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (SUITE)

Organismes	Subvention versée 2006-2007	Subvention versée 2005-2006
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (suite)		
Comité d'animation du troisième âge de Laval	128 750 $	125 856 $
Dira-Laval inc.	30 690 $	18 930 $
Groupe d'Entraide La Rosée	64 030 $	51 867 $
Lumi-Vie	143 767 $	142 535 $
Partage Humanitaire	55 291 $	54 048 $
Place des aînés de Laval	36 464 $	35 644 $
Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil	160 202 $	156 600 $
Société Alzheimer de Laval 1995	147 229 $	154 143 $
Centre de services communautaires et d'aide au maintien de l'autonomie (SCAMA)	283 046 $	240 025 $
Sous-total	2 130 079 $	1 962 014 $
SANTÉ MENTALE		
Association des loisirs pour les personnes handicapées psychiques de Laval (ALPHPL)	222 259 $	217 262 $
Association IRIS / SUPRARÉGIONAL	131 823 $	82 529 $
Association lavalloise de parents pour le bien-être mental inc.	226 544 $	213 587 $
CAFGRAF – Groupe d'entraide en santé mentale de Laval	483 442 $	463 869 $
Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale C.I.L.L.	865 932 $	828 956 $
Corporation régionale Santé mentale et Travail de Laval	81 499 $	79 667 $
En-Droit de Laval inc. (L')	72 433 $	71 943 $
Ressources ATP groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique (La)	40 514 $	24 795 $
Service populaire de psychothérapie (S.P.P.)	205 746 $	201 637 $
Sous-total	2 330 192 $	2 184 245 $
SANTÉ PHYSIQUE		
Association d'Entraide Ville-Marie inc. / SUPRARÉGIONAL	205 128 $	190 508 $
Association du diabète – Laval, Laurentides, M.R.C. des Moulins inc.	63 951 $	62 513 $
Sous-total	269 079 $	253 021 $
SANTÉ PUBLIQUE		
Association amicale des jeunes et parents « Agape » inc.	99 506 $	94 606 $
Enfant d'abord	61 604 $	37 925 $
Entraide (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) inc. (L')	34 909 $	50 590 $
Jardin de la famille de Fabreville inc. (Au)	43 834 $	42 848 $
Maison de la famille de Laval-Ouest	13 300 $	20 350 $
Maison de la famille de Saint François	37 623 $	6 956 $
Maison Dominique	195 153 $	190 765 $
Parentèle de Laval inc. (La)	16 913 $	18 046 $
Relais communautaire de Pont-Viau (Le)	97 799 $	95 600 $
Relais familial d'Auteuil (Le)	8 364 $	8 176 $
Relais du quartier de Saint Vincent-de-Paul	11 200 $	20 025 $
Sida-Vie Laval	190 804 $	174 837 $
Saint-Claude (Le) / *Organisme fermé en octobre 2006*	91 822 $	119 758 $
Sous-total	902 381 $	803 670 $
SERVICES GÉNÉRAUX		
Bouclier d'Athena : Services familiaux (Le) / SUPRARÉGIONAL	51 682 $	50 520 $
Centre communautaire " Le Coumbite de Laval "	83 930 $	82 043 $
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Laval	161 088 $	157 466 $
Centre d'écoute de Laval	49 467 $	41 125 $
Centre de bénévolat de Laval inc. (2)	72 422 $	76 794 $
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) inc.	427 224 $	408 536 $
Centre des femmes de Laval (Le)	175 348 $	171 406 $
Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)	103 379 $	92 772 $
CHOC Carrefour d'hommes en changement	405 381 $	396 267 $
Corporation de développement communautaire de Laval	72 735 $	61 861 $
Maison le Prélude inc.	580 041 $	540 642 $
Maison L'Esther inc.	518 904 $	484 866 $
Maison de Lina	216 220 $	127 200 $
Sous-total	2 917 821 $	2 691 498 $
GRAND TOTAL	**12 907 003 $**	**11 924 335 $**

Tableau 12 Allocations du Programme de soutien aux organismes communautaire (suite)		
Organismes	Subvention versée	
	2006-2007	2005-2006
Autres organismes en santé et services sociaux (Hors PSOC)		
Entreprises Qualité de Vie Ltée (Les)	113 491 $	110 939 $
FADOQ – Région de Laval	92 356 $	75 000 $
Service régional de crise de Laval	286 521 $	295 079 $
Regroupement des centres de la petite enfance de Laval (RCPEL)	16 901 $	16 521 $
TOTAL	**509 269 $**	**497 539 $**

Les ressources financières réseau, de l'argent bien investi

La région de Laval reçoit une enveloppe globale selon le nouveau mode d'allocation, par programmes-services. Ensuite, les montants sont répartis entre les établissements et les organismes communautaires par l'Agence. Depuis maintenant trois ans, le MSSS distribue les allocations selon l'approche populationnelle et non plus selon l'historique de financement, afin de répartir équitablement les argents.

En 2006-2007, l'Agence a reçu en budget de développement 23,2 M$ récurrents :

- 2,6 M$ pour le développement et la transition annualisé à 4.0 M$
- 11,9 M$ pour l'impact des taux de croissance
- 0,6 M$ pour les listes d'attente en chirurgie non-récurrent)
- 1,5 M$ pour l'annualisation des mesures 2005-2006
- 2,4 M$ pour le coût de système spécifique
- 1,3 M$ pour le désengorgement des urgences
- 0,66 M$ pour le régime québécois d'assurance parentale (RQAP)
- 0,45 M$ pour la problématique du jeu pathologique (non-récurrent)
- 1,8 M$ pour les correctifs salariaux en application de la Loi sur l'équité salariale (2003)

À cela s'ajoute la somme de 2,3 M$ non récurrent qui a été utilisé pour le Plan de désencombrement des urgences.

L'objectif de retour à l'équilibre

Pour l'exercice financier 2006-2007, le Centre de santé et des services sociaux de Laval a respecté son plan d'équilibre budgétaire présenté l'année antérieure (pour une somme de 1,7 M$ au 31 mars 2006 et de 2,2 M$ au 31 mars 2007) et a atteint la cible déficitaire autorisée de 1 102 586 $.

L'Hôpital juif de réadaptation a également dû produire un plan d'équilibre budgétaire. Il a atteint son objectif au 31 mars 2007 en résorbant son déficit cumulé.

Les ressources matérielles réseau

Pour l'exercice financier 2006-2007, le ministère a alloué les enveloppes budgétaires suivantes :

- Des rénovations fonctionnelles mineures autres qu'en CHSLD, d'un montant de 1 289 305 $;
- Une somme non récurrente de 988 105 $ a été allouée au CSSS de Laval, pour le réaménagement, la relocalisation et l'agrandissement des locaux de la pharmacie, des travaux de ventilation au centre ambulatoire, le réaménagement du poste des commis en endoscopie et le transfert de quatre stations de traitement en dialyse.
- Une somme non récurrente de 151 200 $ a été allouée à l'Hôpital juif de réadaptation pour le réaménagement de la pharmacie.
- Une somme non récurrente de 150 000 $ a été allouée au Centre jeunesse de Laval pour l'aménagement de la cour intérieure au Centre Cartier.

Le Plan triennal des immobilisations/maintien des actifs contenait la somme de 4 672 807 $, dont les montants ont été alloués de la façon suivante :

- CSSSL 2 468 580 $
- Hôpital juif de réadaptation 302 995 $
- Centre jeunesse de Laval 791 992 $
- CRDI Normand-Laramée 82 590 $
- CHSLD Vigi l'Orchidée blanche 92 089 $
- Urgences régionales 934 561 $

  Une somme, équivalente à 20 % de l'enveloppe, a été réservée pour les urgences régionales, notamment pour le dossier de la stérilisation et le dossier régional des systèmes de gestion de la maintenance assistée par ordinateur.

Une somme non récurrente de 1 300 000 $ a été allouée au CSSS de Laval pour les travaux d'aménagement et d'installation de la salle d'hémodynamie.

Le montant de 2 536 478 $ a été alloué dans les enveloppes décentralisées pour les équipements :

- Équipements ordinaires et mobiliers 621 648 $
- Équipements médicaux spécialisés 456 883 $
- Gros équipements 506 847 $
- Dépenses capitalisables 951 100 $

De plus, le CSSS de Laval a reçu un montant de 1 217 445 $, à titre de gestionnaire des ressources informationnelles régionales, pour des fins de rehaussement et d'acquisition du système de PACS régional. Dans le cadre du programme d'investissement en haute technologie 2005-2006, confirmée en octobre 2006, des sommes non récurrentes ont été allouées au CSSS de Laval (5 211 000 $) et à l'Hôpital juif de réadaptation (37 000 $).

5.4 Direction de santé publique

La Direction de santé publique (DSP) a réalisé de nouveau cette année de nombreuses actions visant à améliorer et à protéger la santé des Lavallois.

Si la plupart des gestes posés s'inscrivent dans le Plan d'action régional de santé publique et la réalisation d'activités récurrentes, un certain nombre d'actions sont le résultat d'occasions que la DSP a su saisir dans un esprit de partenariat et de soutien au développement du réseau local, notamment avec le Centre de santé et de services sociaux de Laval.

La protection de la santé

Vigie sanitaire : traitement de plus de 2 000 signalements

La DSP exerçant une vigie sanitaire sur les menaces à la santé d'origine infectieuse et environnementale, celle-ci a répondu dans l'année, au chapitre des maladies infectieuses, à 1 899 signalements, dont 1 091 ont été retenus à titre de MADO (maladies à déclarations obligatoires). Elle est intervenue dans le cadre de 61 éclosions, dont 39 en milieux de soins. Quant aux problèmes d'origine environnementale, la DSP a répondu à 25 signalements de problèmes reliés à l'eau potable et à 14 concernant des MADO chimiques, dont 3 touchant des travailleurs.

Étude sur des pratiques en vaccination

Responsable de la distribution et de la gestion des programmes d'immunisation dans la région, la DSP a collaboré avec les vaccinateurs de Laval dans l'application du Programme d'immunisation du Québec. Un soutien particulier a été apporté pour la vaccination des tout-petits, des enfants en milieu scolaire et des clientèles visées pour la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque. En cours d'année, la DSP a par ailleurs mis sur pied un groupe de travail avec les intervenants du CSSS de Laval afin de réviser les pratiques professionnelles et organisationnelles en matière de vaccination. Un rapport proposant des recommandations sera déposé à l'automne 2007.

Mobilisation régionale pour réduire les ITS

Tout comme plusieurs régions du Québec, Laval connaît, sur son territoire, une augmentation des infections transmises sexuellement (ITS). Afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière de dépistage, de prise en charge et de traitement des personnes atteintes d'ITS et de leurs contacts, la DSP a organisé plusieurs formations auprès des cliniciens. Par ailleurs, la DSP s'est démarquée en devenant l'une des premières régions du Québec à implanter un système de récupération des seringues usagées, en collaboration avec le CSSS de Laval.

Infections nosocomiales : rapport et recommandations

Dans la poursuite de ses efforts de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, le MSSS a lancé, en novembre 2006, une vaste opération de visites des établissements de soins généraux et spécialisés du Québec. À Laval, la DSP a organisé des visites dans les deux hôpitaux visés de la région. Les constats et les recommandations en découlant ont fait l'objet d'un rapport régional déposé au MSSS le 31 janvier 2007. Deux rapports d'établissements ont de plus été déposés aux directeurs généraux du CSSS de Laval et de l'Hôpital juif de réadaptation.

Poursuite des travaux pour la pandémie d'influenza

Les travaux du Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, volet santé publique, se sont poursuivis. Des visites de cliniques médicales de la région ont notamment été effectuées pour sensibiliser les cliniciens aux impacts possibles d'une pandémie d'influenza, au rôle que les médecins auront à jouer dans la détection des premiers cas d'influenza pandémique et à l'importance de renforcer l'étiquette respiratoire dans les cliniques médicales.

Plomb dans l'eau, un travail de partenariat avec Ville de Laval

Sollicitée par Ville de Laval pour un support-conseil, la DSP s'est jointe à un comité de travail concernant la présence potentielle de plomb dans l'eau potable de certaines résidences du territoire et ses impacts possibles. Cette démarche s'effectue dans le cadre d'une approche provinciale du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP).

Planification resserrée d'urgences environnementales

Un plan de mesures d'urgence spécifique à la distribution d'eau potable en cas de pénurie sur le territoire a été élaboré par la DSP en cours d'année, en collaboration avec Ville de Laval et d'autres partenaires

concernés. Dans cette veine, la DSP a contribué à l'élaboration et au déroulement d'un exercice de table simulant l'arrêt complet d'une usine d'eau potable dans le cadre de l'Opération Synchronicité menée par Ville de Laval et la STM (Société de transport de Montréal). Le scénario proposé avait pour but de tester, entre autres, le plan d'intervention en situation d'urgence en cas d'attentat terroriste dans le système de transport en commun. Par ailleurs, en plus de la révision d'un plan d'urgence régional spécifique à la chaleur accablante, la DSP a également coordonné l'élaboration d'un guide d'intervention provincial à ce sujet.

Santé au travail : offre de services révisée

Afin de mieux préciser notre offre de services, la DSP a collaboré avec la direction régionale de la CSST au développement de nouvelles pratiques. Depuis janvier 2007, les ententes de gestions signées, qui sont inspirées des pratiques du MSSS, précisent en effet les priorités et les clientèles à rejoindre. Par ailleurs, un nouveau système d'information (SISAT) a été implanté en cours d'année. Ce dernier vise à faciliter le travail des intervenants et, par l'exploitation des données, à permettre une meilleure surveillance et une plus grande connaissance de la santé des travailleurs.

Les activités de promotion de la santé et de prévention

Avis sur un projet de salon de jeux à Laval

À la suite d'une annonce de Loto-Québec indiquant la création prochaine de quatre nouveaux salons de jeux au Québec, dont un dans la couronne nord de Montréal – et potentiellement sur le territoire de Laval –, la DSP a produit en février 2007, de concert avec la DSP des Laurentides, un avis dans lequel étaient identifiés les risques pour la population face à une éventuelle modification de l'offre de jeux de hasard et d'argent dans la région. Des recommandations claires ont été formulées afin que le projet de salon de jeux dans la couronne nord soit révisé. Un avis commun de santé publique a été émis par cinq directions de santé publique et entériné par l'ensemble des directeurs de santé publique du Québec.

Suicide : état de situation et colloque

Afin de réfléchir de façon concertée sur les meilleures pratiques et interventions dans ce domaine, près de 130 intervenants de la région ont participé à un colloque en prévention du suicide, organisé entre autres par le CSSS de Laval et la DSP. Un document sur l'état de situation du suicide à Laval y a également été présenté. Par ailleurs, parmi les projets ayant reçu un financement de la DSP pour la prévention du suicide, mentionnons notamment les « ressources sentinelles » de la Société de transport de Laval, où des employés qui deviennent témoins-sentinelles jouent un rôle actif de prévention dans leur milieu de travail.

Loi sur le tabac, une implantation soutenue

Dans le but de contribuer à l'implantation de la nouvelle Loi sur le tabac dans la région, la DSP a mis de l'avant différentes activités et soutenu plusieurs milieux de la région, notamment les établissements scolaires. Différentes campagnes promotionnelles se sont tenues, dont la Campagne de valorisation des non-fumeurs et le Défi cessation inter-écoles. Des Gangs allumées ont aussi été formées dans quelques milieux. Des actions ont aussi été proposées pour soutenir les Lavallois qui désiraient cesser de fumer, comme la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et le défi régional J'arrête, j'y gagne! 2007 qui visait les jeunes de 17 à 24 ans.

Déploiement du Programme 0•5•30

Dans un contexte de développement graduel, la DSP a amorcé la mise en place du Programme 0•5•30 Combinaison Prévention (0 fumée de tabac dans l'environnement, 5 portions de fruits et légumes, 30 minutes d'activités physiques). Différents milieux ont débuté l'application de ce programme, dont le CSLC de Sainte-Rose et Ville de Laval. De plus, la Conférence régionale des élus (CRÉ) a été approchée par la DSP dans une optique de développement partenarial du programme. Cette démarche vise à étendre le programme dans la région de façon plus efficiente pour mieux rejoindre les Lavallois... et les maintenir en santé!

Sécurité alimentaire : état de situation, recommandations et colloque

Près de 200 intervenants et gestionnaires lavallois du milieu communautaire, de l'éducation, du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des acteurs municipaux et du secteur agroalimentaire, ont participé à un premier colloque régional sur la sécurité alimentaire organisé par la DSP et le comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL). L'objectif de ce colloque consistait à améliorer les connaissances des intervenants lavallois concernés par la sécurité alimentaire et à donner une impulsion à la création de projets porteurs. Un premier état de situation sur la sécurité alimentaire à Laval ainsi que des recommandations ont également été dévoilés lors de cet événement.

Vers une deuxième génération d'École en santé

La DSP a œuvré activement au rapprochement des partenaires du programme École en santé, soit le CSSS de Laval et les deux commissions scolaires du territoire. Un nouveau cadre de référence régional servira à la mise en œuvre de cette approche tout en faisant la prévention et la promotion de la santé et du bien-être auprès des jeunes à partir de l'école. La DSP a par ailleurs continué de soutenir les 23 établissements scolaires de Laval dans lesquels cette approche est déjà implantée.

Système D revu et amélioré

L'implantation de nouvelles activités de développement des compétences visant à améliorer le programme Système D a été amorcée en cours d'année dans la région. Ce programme bonifie les interventions en matière de prévention des dépendances auprès des jeunes de la sixième année dans le cadre de la transition du primaire au secondaire. L'implantation est le résultat d'une collaboration entre la DSP, le CSSS de Laval et la Commission scolaire de Laval. Les intervenants scolaires formés par la DSP ont par la suite animé les activités de Système D dans 37 groupes-classe de 14 écoles où l'approche École en santé est intégrée. Ce programme sera déployé graduellement à l'ensemble des « Écoles en santé » de Laval. Mentionnons en outre que les nouvelles activités améliorant Système D sont le fruit d'un travail conjoint des DSP de Laval, de la Montérégie et de l'Outaouais.

Brochure régionale sur l'allaitement maternel

Conjointement avec le comité régional en allaitement maternel de Laval et le CSSS de Laval, la DSP a produit une première édition d'une brochure régionale sur l'allaitement maternel. Celle-ci vise à inciter les mères et futures mères à allaiter et mieux expliquer les avantages de ce type d'alimentation pour la santé. Plus de 4 000 copies ont été distribuées en moins de quatre mois auprès de la population, des médecins et des professionnels de la santé. La production de cette brochure s'inscrit également dans une démarche d'accréditation internationale « Amis des bébés » pour le CSSS de Laval.

La surveillance de l'état de santé

Des publications au service du réseau

Au cours de l'année, la DSP a produit dix numéros de son bulletin Sélections – Santé Laval, traitant entre autres de sujets en lien avec les recherches effectuées par la DSP (voir la liste des sujets à l'Annexe I) et de sujets d'intérêt, dont les habitudes de vie et le cancer. Cet outil de vulgarisation visant à mieux faire connaître l'état de santé des Lavallois est diffusé auprès des médecins, des groupes de médecine familiale, des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi qu'à des intervenants de plusieurs milieux de la communauté lavalloise.

Production de documents de recherche

En 2006-2007, la DSP a produit plus de vingt documents à l'intention de la population et des intervenants de la santé. Certains de ces documents s'adressaient également à d'autres instances, dont la Commission parlementaire des affaires sociales, le conseil d'administration de l'Agence, la Commission régionale de développement et un colloque interrégional sur l'habitation sociale. De plus, une enquête a été réalisée par la DSP, de concert avec le Département régional de médecine générale, pour mieux comprendre l'accessibilité des Lavallois à des médecins de famille du territoire et la façon dont ils utilisent leurs services. Trois rapports d'évaluation ont été publiés, dont un concernant la satisfaction des Lavalloises utilisant le Programme québécois de dépistage du cancer du sein et un pour l'action bénévole chez les jeunes.

5.5 Direction des affaires administratives

Le Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza

Le Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza a été déposé au MSSS, le 31 mai 2006. Ce Plan régional s'est élaboré avec la collaboration du CSSS de Laval, particulièrement pour les volets Santé physique et Services psychosociaux puisque ce sont eux qui dispenseraient les services si une pandémie venait à se déclarer. Les plans locaux des établissements du réseau ont été soumis à l'Agence le 31 octobre 2006. C'est le coordonnateur des mesures d'urgence qui est responsable pour la région de Laval de la coordination du Plan de lutte à une pandémie d'influenza.

Les mesures d'urgence – Mission Santé

L'Opération Synchronicité, menée en novembre 2006 par Ville de Laval, a mobilisé plus de 475 personnes dans tous les domaines : santé publique, services des travaux publics, mesures d'urgence, communication, etc. Tout un exploit pour la Ville de Laval qui a voulu simuler un attentat terroriste dans le métro de Laval. Un bilan de l'opération devrait permettre d'apporter des correctifs à certains points au cas où une telle situation devenait réalité.

Le Plan d'organisation régional de la sécurité civile – Mission santé est en cours d'élaboration par le coordonnateur des mesures d'urgence. Ce plan a pour objectif de définir comment le réseau de la santé de Laval organise les mesures d'urgence lors d'un sinistre ou d'une situation de crise, et ce, en travaillant avec tous les partenaires concernés. Ce plan devrait être déposé au CA au cours de la prochaine année.

Les ressources humaines : la force du réseau

Quelques établissements de la région se sont répartis une somme de 278 150 $ pour financer des mesures administratives favorisant la présence au travail du personnel clinique pendant les périodes de vacances estivales de 2006, de même que pour les périodes des fêtes et de la relâche scolaire de 2006-2007.

Régime de sécurité et de stabilité d'emploi au 31 mars 2007

L'administration des régimes de sécurité d'emploi de la région de Laval constitue un reflet de l'évolution de la situation du changement vécu dans le réseau de la santé et des services sociaux. On note une augmentation de 42 % des requêtes (618) en comparaison avec l'année dernière (358) et une augmentation de 91 % des requêtes d'infirmières.

Tableau 13 Administration des régimes de sécurité et de stabilité d'emploi	
Régimes de sécurité d'emploi (personnel syndiqué)	
Nombre de requêtes reçues et enregistrées	618
Nombre de requêtes comblées	1
Nombre de requêtes comblées interrégionales	0
Nombre de requêtes d'infirmières	179
Évolution des personnes « sécuritaires »	
Nombre de personnes sécuritaires au 1er avril 2006	Prioritaires : 2
Nombre d'inscriptions du 1er avril 2006 au 31 mars 2007	Sécuritaires : 7
	Prioritaires : 2
Nombre de replacements régionaux	1 replacement - 8 fermetures
Nombre de replacements interrégionaux	0
Nombre de personnes sécuritaires au 31 mars 2007	2
Régime de stabilité d'emploi (personnel cadre)	
Cadres en stabilité d'emploi dans le réseau	0

Tableau 14 Formation personnel Réseau	
TITRE DE LA FORMATION	PARTICIPATION
Formation supportant les plans d'action régionaux	
Outil d'évaluation multiclientèle (en continu)	
Formation de base (14 h)	4 groupes : 41 personnes
Plan de service individualisé Jeunesse	
Formation (7 h et 3 h)	5 groupes intervenants : 105 personnes
Approche clientèle dans un contexte interculturel	
Formation (12 h)	10 groupes : 116 personnes
Anglais	
Projet McGill – Cours de base (30 h)	22 groupes : 152 personnes
Suivi (9 h)	22 groupes : 152 personnes
Orientation sexuelle	
Volet jeunesse	Total : 68 personnes
Volet adulte	1 groupe : 33 personnes
École en santé (Santé publique)	
Journée d'appropriation	1 groupe : 18 personnes
Outil d'analyse de la situation et de planification	1 groupe : 24 personnes
Formation d'accompagnateurs	1 groupe : 20 personnes
Utilisation de l'instrument RI	
Formation (7 h)	2 groupes : 29 personnes
Représentation 0-5-30	
Suivi (3,5 h)	1 groupe : 12 personnes
Nouvelle loi de la protection de la jeunesse	
Formation approfondie (14 h)	2 groupes : 36 personnes

Tableau 14 Formation personnel Reseau (suite)	
TITRE DE LA FORMATION	PARTICIPATION
SIPPE 3 : relation d'attachement Relations d'attachement / Formation (14 h)	11 groupes : 157 personnes
Formation à l'intention du personnel d'encadrement	
Journée annuelle de développement du personnel d'encadrement Maestro, faut-il changer votre sonorité ? (7 h)	171 personnes
Gestion des risques Formation (7 h)	110 personnes
Amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et soins de longue durée Formation (14 h)	3 groupes : 68 personnes
Gestion efficace d'une réunion d'équipe Déjeuner-causerie	115 personnes
Cercle de dialogue	10 rencontres (1 fois/mois) 19 personnes
Codéveloppement professionnel interetablissements Fréquence selon les besoins	En continu

Le développement des ressources humaines de l'Agence : une plus-value

Quelques activités ont été réalisées dans le cadre du Plan de développement des ressources humaines, dont voici des exemples significatifs :

- le renouvellement d'une entente intersyndicale a permis la mise en place d'un régime d'aménagement du temps de travail. Ce régime prévoit quatre types d'horaires de travail pouvant répondre autant aux besoins de l'organisation qu'à ceux du personnel en ce qui a trait à leur vie personnelle et leur vie familiale ;
- l'Agence a maintenu son ouverture sur la promotion de la mobilité des personnes ;
- dans la perspective de la pénurie des cadres du réseau de la santé et des services sociaux, trois candidats ont continué leur formation au Macroprogramme en gestion et développement des organisations donné par l'Université Laval.

Par ailleurs, dans la foulée des transferts de ressources humaines de l'Agence vers le Centre de santé et services sociaux de Laval, celui de sept employés de la Direction des affaires réseau s'est concrétisé en octobre 2006.

Tableau 15 Développement des compétences	
TITRE DE LA FORMATION	
Relève des cadres	**Candidats retenus**
Hiver 2006	2
Automne 2005	1
Développement des compétences	**Nb de personnes**
Vérification des établissements du réseau de la santé et des services	3
ACCESS de base	5
ACCESS avancé	2
EXCEL avancé	5
EXCEL de base	6
Lotus Notes	54
WORD intermédiaire	21
WORD mise à jour	32
Secrétariat de réunion : tout un défi	6
Gestion de la retraite	1
Réanimation cardio-respiratoire (RCR)	6
TOTAL	144

L'amélioration de la qualité des services, au cœur de nos actions

Le dossier de l'amélioration de la qualité des services occupe une place de plus en plus importante à la Direction de la qualité du MSSS, dans les agences et dans tout le réseau de la santé. Des mécanismes de suivi ont été mis en place afin de s'assurer du respect des orientations du ministère dans les dossiers de qualité. Les plans d'action permettront d'intégrer les changements nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins et des services dans l'ensemble des établissements visés.

La formation du personnel pour une prestation sécuritaire de services

Dans le cadre de l'application de la Loi 71, il devenait important que le personnel reçoive une formation pertinente. Un programme de formation avec deux modules a donc été élaboré par le MSSS. Le premier concerne le fonctionnement d'un comité de gestion des risques. Les formateurs de la région, en collaboration avec les associations d'établissements, ont modulé la formation pour s'assurer de la participation de tous les établissements. Ainsi, la totalité des établissements de Laval y ont participé et 76 personnes ont été formées.

L'autre module porte sur les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients. Ce programme s'adresse dans un premier temps au personnel travaillant dans les services les plus à risque dans le milieu hospitalier, soit les blocs opératoires, l'urgence et les soins intensifs. À Laval, le personnel sera formé en 2008.

L'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

Le programme de formation « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement » sera offert à l'ensemble du personnel. Une journée d'information nous a permis de nous familiariser avec cette nouvelle approche. L'objectif de cette formation est de rejoindre 66 % du personnel qui pourra prescrire des contentions, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Pour le reste du personnel, le pourcentage sera déterminé par les établissements. Deux professionnelles du CSSS de Laval ont reçu une formation du ministère pour agir à titre de formatrices dans notre région. La formation se poursuivra au cours des trois prochaines années.

Les rapports du coroner

Le ministère a mis en place un système visant un suivi des recommandations contenues dans les rapports de coroner pour le réseau de la santé et des services sociaux. Ce suivi a été effectué par le CSSS de Laval pour trois rapports, ainsi qu'à l'Agence de Laval pour un rapport produit dans une autre région, mais qui a interpellé l'ensemble des agences.

Le nouveau rôle du curateur public dans le réseau de la santé

La curateur public a manifesté le désir d'avoir des interlocuteurs dans les agences et dans chacun des établissements afin d'établir une meilleure communication avec les directions territoriales. Afin de s'assurer d'un meilleur suivi dans l'application de la Loi du curateur public dans le réseau de la santé et des services sociaux, des répondants ont été identifiés dans chaque établissement ainsi qu'à l'Agence.

Afin d'aider ces répondants à jouer leur rôle d'expert et de consultant auprès des professionnels de leur milieu, le curateur public a élaboré un programme de formation de deux jours qui sera offert au cours de la prochaine année.

Le processus d'agrément, toujours d'actualité

Nous continuons à assurer le suivi des établissements de notre réseau quant à ce dossier. La totalité des établissements ont sollicité un organisme d'agrément. Plusieurs visites sont prévues au cours de la prochaine année. En 2006-2007, trois établissements ont reçu une visite et ils ont tous obtenu leur agrément, conditionnel à la production d'un rapport de suivi des recommandations.

De la visite qui apprécie la qualité des services dans les CHSLD

Le représentant de l'équipe de visite de l'Agence ainsi qu'un substitut ont suivi deux jours de formation, donné par le MSSS en collaboration avec l'ENAP, afin d'habiliter les membres des équipes à réaliser des visites d'appréciation de plus grande qualité.

Une visite d'appréciation mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux a été réalisée dans un CHSLD de notre territoire ainsi qu'une visite complémentaire de suivi au CRDI Normand-Laramée. De plus, nous avons effectué un suivi sur la réalisation des plans d'amélioration ou d'action des huit établissements visités au cours des trois dernières années. C'est ainsi que deux dossiers ont été finalisés étant donné que la totalité de leur plan d'amélioration a été réalisée, soit le Manoir Saint-Patrice et le Centre d'hébergement Rose-de-Lima, CSSS de Laval.

À l'écoute des comités des usagers et de résidants

Afin de se conformer aux changements apportés à la Loi sur la santé et les services sociaux, les établissements ont procédé à la mise en place des comités des usagers et de résidants. Une séance d'information a été organisée par l'Agence, à l'intention des directions, sur les modifications apportées à la Loi et sur leurs obligations. L'Agence les a accompagnés et soutenus dans leurs démarches. À l'exception d'un CHSLD privé non conventionné, tous les comités ont été constitués.

Le programme Roses d'Or

À la suite de son quatrième exercice d'appréciation dans le cadre du Programme Roses d'Or, la FADOQ – Région de Laval a procédé à la remise des Roses d'Or lors d'un événement spécial qui s'est tenu à l'Hôtel de ville de Ville de Laval. Presque la totalité a été honorée puisque 18 résidences sur 21 ont eu le plaisir de recevoir une Rose d'Or. L'Agence a participé à l'événement particulièrement comme membre du comité aviseur régional du Programme Roses d'Or.

Les résidences privées, un partenaire essentiel dans le réseau de la santé

Conformément à la Loi sur la santé et les services sociaux, le Registre des résidences privées avec services pour les personnes âgées a été révisé. Nous avons ainsi répertorié, sur notre territoire, 49 résidences pour personnes âgées avec 3 852 unités d'habitations (chambre double ou simple).

L'Agence a participé aux travaux du comité directeur formé par la Direction des personnes âgées au MSSS afin d'élaborer et de mettre en place tout le processus de certification des résidences pour personnes âgées. C'est ainsi que des employés de l'Agence ont participé à des journées de formation afin de mieux connaître les critères sociosanitaires auxquels les résidences devront se conformer ainsi que la procédure de certification. Des séances d'information à l'intention des résidences pour personnes âgées, du réseau et de différents partenaires seront organisées au cours des prochains mois.

Dans le cadre d'une entente conclue entre les Agences de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, une coordination interrégionale sera mise en place pour effectuer la gestion du processus de certification dans ces trois régions et pour assurer le lien avec le Conseil québécois d'agrément.

Les Prix d'excellence du MSSS

L'Agence a reçu cinq candidatures pour les Prix d'excellence du MSSS. Deux proviennent du réseau public et trois du milieu communautaire. Ce sont finalement trois dossiers qui ont été retenus par le jury régional et acheminés sur le plan national. Les résultats seront dévoilés lors d'une soirée qui aura lieu à Québec le 4 octobre 2007.

L'examen des plaintes

Le régime d'examen des plaintes a subi quelques modifications au cours de l'année. Des comités de vigilance ont été mis en place a été mis en place dans tous les établissements et à l'Agence. Les commissaires à la qualité deviennent des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Leur fonction est exclusive et ils relèvent du CA des établissements et de l'Agence.

La procédure d'examen des plaintes pour les établissements du réseau a enregistré 518 nouvelles plaintes comparativement à 632 l'an passé, soit une diminution de 19 %. Par ailleurs, alors que le nombre de plaintes a diminué de 18 % au CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé ainsi que de 66 % dans les CHSLD, une hausse de 30 % de plaintes a été observée à l'Hôpital juif de réadaptation. Du côté de l'Agence, il y a eu huit plaintes qui ont été traitées comparativement à dix l'an dernier. Cinq d'entre elles concernaient les organismes communautaires, deux les résidences privées pour personnes âgées et l'autre s'appliquait à une décision du comité d'orientation en CHSLD.

Les communications dans le vif du sujet

Le secteur des communications, tant à la Direction de santé publique qu'à l'Agence, a été très occupé au cours de l'année par différents dossiers. Plusieurs événements et annonces ministériels ont été organisés et différents documents ont été produits.

En santé publique :

- lancement de la brochure régionale sur l'allaitement ;
- campagne de valorisation des non-fumeurs dans les écoles de Laval et lutte contre le tabagisme pour la population en général ;
- production d'outils de communication pour les services intégrés en périnatalité et en petite enfance ;
- organisation d'un colloque régional sur la sécurité alimentaire ;
- organisation d'une journée de formation pour les intervenants en prévention du suicide ;
- planification et lancement de la campagne Fruits et légumes en vedette 2007 ;
- organisation d'une conférence de presse en février 2007, pour l'annonce d'un Avis de santé publique concernant l'implantation d'un salon de jeux dans la couronne Nord. Cette annonce a été faite conjointement avec la DSP des Laurentides.

Pour l'Agence :

- organisation du lancement du Cadre de référence régional pour les organismes communautaires ;
- annonce ministérielle en octobre 2006 pour de l'équipement de haute technologie médicale à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, un investissement de 5,2 M$;
- annonce du premier ministre en janvier 2007 d'un Centre intégré de cancérologie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval qui sera construit au coût de 28,7 M$;
- annonce ministérielle en février 2007 pour le réaménagement en profondeur du Centre d'hébergement

Sainte-Dorothée du CSSS de Laval, un investissement de 6,7 M$;

- annonce ministérielle en avril 2007 de l'inauguration du nouveau laboratoire d'hémodynamie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, CSSS de Laval ;
- annonce ministérielle en mai 2007 de l'accréditation du cinquième GMF à Laval, le GMF Polyclinique médicale de Fabreville.

La procédure de diffusion des publications du ministère a été modifiée en cours d'année. Les établissements peuvent passer leur commande de documents directement à partir du site Web du MSSSS. La responsable régionale de diffusion à l'Agence reçoit toujours les demandes de nouvelles publications provenant de la Direction des communications du ministère.

Différents dossiers chauds d'actualité ont interpellé les communications de l'Agence. L'Agence a accordé des entrevues aux médias électroniques, mais surtout aux médias écrits, dont les deux hebdos lavallois, le Courrier Laval et le Chomedey News.

Site Web

Le site Web de l'Agence : **www.sssslaval.gouv.qc.ca** a subi toute une cure de rajeunissement. Afin de se conformer au Programme d'identité visuelle du gouvernement québécois, l'Agence a refait toute la configuration et le design de son site Web. Au cours des prochains mois, le site sera alimenté et mis à jour régulièrement. Des nouveautés seront aussi ajoutées, comme l'abonnement aux bulletins de l'Agence et de la DSP.

Les ressources informationnelles, toujours à la fine pointe

L'année 2006-2007 a été une année de relance pour le projet Système d'information du réseau intégré de Laval (SI-RIL). Ce système permet aux intervenants d'échanger les données cliniques et est utilisé quasi quotidiennement par près de 800 usagers du CSSS de Laval, de l'Hôpital juif de réadaptation, des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille. Le SI-PRSI a été développé de façon accélérée au cours des dernières années et a bénéficié cette année de travaux d'évolution afin de supporter pleinement une charge d'utilisation accrue.

Le Technocentre régional de services assure un support aux utilisateurs pour les systèmes déployés dans la région. Des efforts importants ont été déployés cette année en matière de sécurité informationnelle pour protéger les informations sensibles.

Les actifs informationnels et les infrastructures technologiques ont été grandement améliorés des façons suivantes :

- implantation du système d'information SIMASS, un mécanisme d'accès aux services spécialisés et qui vise à favoriser une gestion similaire des listes d'attente en chirurgie élective dans tous les établissements du réseau ;
- rédaction d'un manuel d'organisation de projet décrivant les actions en matières de sécurité des actifs informationnels pour l'ensemble des établissements de la région et à l'Agence ;
- déploiement des solutions provinciales (TrendMicro) de sécurité du périmètre (anti-virus, anti-espiogiciel) ;
- rehaussement des équipements du centre de services, au Technocentre régional, avec l'implantation d'un logiciel spécialisé et l'adoption des meilleures pratiques en gestion des technologies de l'information ;
- amélioration des capacités du réseau de communication de la région (RTSS) et déploiement de la structure active de répertoires afin de partager des services et équipements informatiques entre les établissements de la région ;
- mise en place d'une entente avec l'Infocentre régional de l'Agence et l'Infocentre local du CSSS de Laval pour garantir la production de tableaux de bord de gestion et d'indicateurs de performance du CSSS de Laval et de la région ;
- déploiement d'assistants numériques personnels téléphoniques en lien avec le collecticiel Lotus-Notes pour une meilleure mobilité des gestionnaires ;
- acquisition d'une licence régionale pour le dossier patient (CMV) des cliniques médicales et rehaussement des infrastructures de télécommunications ;
- support informatique à la nouvelle clinique-réseau « Clinique de l'Avenir » ;
- déploiement de la nouvelle version de Med Écho permettant la codification par les archivistes de la nouvelle nomenclature CIM-10 ;
- rehaussement majeur de l'infrastructure régionale de l'index patient maître permettant l'identification unique du patient ;
- implantation de la nouvelle centrale téléphonique l'Info-Santé ;
- support informatique au CRDI Normand-Laramée en lien avec l'équipe du Technocentre régional ;
- implantation du bureau de gestion de projets et des meilleures pratiques en gestion afin de mieux gérer le risque associé aux projets d'informatisation.

Des projets pour le futur

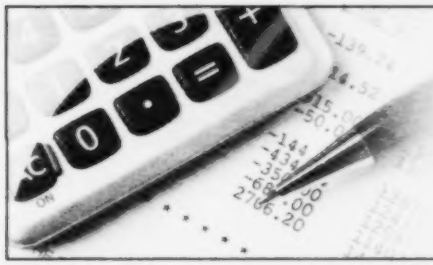
La région ayant investi ces dernières années dans le SI-RIL, cela nous a permis d'accroître de façon tangible et mesurable l'accès, la qualité et la continuité des soins et des services à la population lavalloise. Ce projet fait de la région de Laval, une région dynamique qui sait

mobiliser l'ensemble des intervenants du territoire, des établissements de santé et des services sociaux et des cliniques médicales. L'informatisation accrue du réseau de la santé et des services sociaux de Laval permettra aux médecins et aux cliniciens d'assurer une meilleure prise en charge et un suivi optimal du patient, que celui-ci requiert des soins hospitaliers, de réadaptation, de maintien à domicile ou dans la communauté. La mise en réseau des professionnels de la santé aura notamment pour effet de réduire les temps d'attente pour les usagers, en plus d'éliminer les examens de laboratoire réalisés en double.

Nous avons comme objectif pour l'année 2007-2008 de participer à :

- la mise en œuvre des orientations technologiques du réseau sociosanitaire du Québec ;
- la mise en réseau des infocentres du Québec et implantation d'outils d'intelligence d'affaires (tableau de bord de gestion) ;
- la mise en place d'une infrastructure nationale d'accès et d'échanges (branchement des GMF au réseau RTSS, création du portail santé, dossier de santé, système requête - résultats et autres) ;
- rehausser le système d'imagerie diagnostic (PACS) à l'échelle régionale pour partager de l'information entre le CSSS de Laval et l'Hôpital juif de réadaptation ;
- développer la télésanté et une participation active à la planification du domaine PACS du RUIS de l'Université de Montréal ;
- compléter et/ou rehausser le déploiement des systèmes d'information du secteur social : système intégration jeunesse (PIJ), information sur les ressources de type familial (SIRTF) et banques de connaissances, information sur la clientèle en déficience physique et intellectuelle (SICDP-SICDI), information sur les soins de longue durée (SICHELD), information sur la clientèle en première ligne (I-CLSC).

Grâce à ces systèmes, les professionnels de la santé auront rapidement accès à des renseignements complets et exacts sur les patients, ce qui leur permet de prendre des décisions plus éclairées en matière de diagnostic et de traitement. Le résultat est un système de santé viable, offrant qualité, accessibilité et productivité accrue.



6. Les états financiers condensés de l'Agence

6.1 Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval au 31 mars 2007 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 18 mai 2007. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Québec, le 10 juillet 2007

6.1 Rapport de la direction

Laval, 10 juillet 2007

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles soient dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Claude Desjardins

Président-directeur général

Yves St-Onge

Directeur des affaires administratives

Tableau 16 BILAN — AU 31 MARS 2007

	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF						
À court terme						
Encaisse	1 125 702	844 641	3 006 768	2 813 192		
Débiteurs :						
- MSSS	19 479	156 374		401 481		
- Établissements	36 623		190			
- Autres	148 882	153 691	6 522	199 757		
Intérêts courus	18 065	17 478				
Taxes à recevoir	22 927	38 561	7 789	58 401		
Charges payées d'avance	34 238	66 505	375	20 892		
Autres éléments	3 343	2 932				
Total de l'actif à court terme	**1 409 259**	**1 280 182**	**3 021 644**	**3 493723**		
À long terme						
Immobilisations					3 108 272	7 780 234
TOTAL DE L'ACTIF	**1 409 259**	**1 280 182**	**3 021 644**	**3 493 723**	**3 108 272**	**7 780 234**
PASSIF						
À court terme						
Découvert de banque			5 793	37 518		
Créditeurs et charges à payer :						
- MSSS	20 373					
- Établissements	14 185		232 090	145 417		
- Autres	707 876	555 212	30 873	238 169		
Revenus reportés	27 613	127 533	89 471	237 543		
Autres éléments			33 235	153 486		
Total du passif à court terme	**770 047**	**682 745**	**391 462**	**812 133**		
À long terme						
Location acquisition					28 855	35 856
TOTAL DU PASSIF	**770 047**	**682 745**	**391 462**	**812 133**	**28 855**	**35 856**
SOLDE DE FONDS	**639 212**	**597 437**	**2 630 182**	**2 681 590**	**3 079 417**	**7 744 378**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**1 409 259**	**1 280 182**	**3 021 644**	**3 493 723**	**3 108 272**	**7 780 234**

Tableau 17 RÉSULTATS — EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	
	Activités principales		Activités accessoires			
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
PROVENANCE DES REVENUS						
Subventions MSSS	6 254 575	5 969 579	73 276	261 096	1 512 302	3 964 810
Contributions des établissements					701 419	586 850
Contributions de l'avoir propre		275 094				
Contributions des fonds affectés					41 678	44 728
Contributions du fonds d'exploitation						118 633
Revenus d'intérêts	53 563	28 256	26 069	26 034	113 052	80 953
Autres revenus	457 409	638 727		147 031	579 551	1 480 368
TOTAL DES REVENUS	**6 765 547**	**6 911 656**	**99 345**	**434 161**	**2 948 002**	**6 276 342**
Salaires et avantages sociaux	4 452 761	4 501 419	30 016	206 153	243 472	1 270 794
Charges sociales	457 750	481 597	3 254	22 160	24 732	138 151
Frais de deplacement et d'inscription	76 250	69 381		7 310	10 143	14 909
Services achetes	636 942	669 666	14 185	123 384	324 622	1 821 977
Communications	129 237	136 897		23 244	12 681	75 979
Loyer	544 183	594 887			941 692	1 215 475
Location d'équipement	3 856	11 555				3 064
Fournitures de bureau	54 736	57 328		1 795	32 651	32 078
Autres frais	217 172	345 199	28 000	25 109	1 025 416	1 147 135
Charges non reparties	122 078					
Autres						97 038
Total des charges d'exploitation	**6 694 965**	**6 867 929**	**75 455**	**409 155**	**2 615 409**	**5 816 600**
Depenses d'immobilisations	56 239	43 727		4 081	1 050	104 198
TOTAL DES DÉPENSES	**6 751 204**	**6 911 656**	**75 455**	**413 236**	**2 616 459**	**5 920 798**
EXCÉDENT	**14 343**		**23 890**	**20 925**	**331 543**	**355 544**

Tableau 18 SOLDES DE FONDS COMBINÉS — EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS D'IMMOBILISATIONS		FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	
	Activités principales		Avoir propre					
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE AU DÉBUT	**34 616**	**120 815**	**562 821**	**691 828**	**7 744 378**	**5 869 660**	**2 681 590**	**2 326 046**
Augmentations								
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	14 343		23 890	20 925			331 543	355 54
Régularisations	57 772	38 963						
Correction d'erreur année antérieure (note 3)						1 796 052		
Libération surplus années antérieures			38 158	125 162				
Acquisition d'immobilisations à même les produits d'autres fonds:								
- Fonds d'exploitation Activités principales					56 239	43 727		
- Fonds d'exploitation Activités accessoires et complémentaires						4 081		
Acquisitions d'immobilisations par des activités régionalisées					1 050	104 198		
Total des augmentations	**72 115**	**38 963**	**62 048**	**146 087**	**57 289**	**1 948 058**	**331 543**	**355 544**
Diminutions								
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits								
Régularisations	54 230				4 722 250	73 340	382 951	
Libération surplus années antérieures	38 158	125 162						
Contribution avoir propre au fonds d'exploitation				275 094				
Total des diminutions	**92 388**	**125 162**		**275 094**	**4 722 250**	**73 340**	**382 951**	
VARIATION DE L'EXERCICE	**(20 273)**	**(86 199)**	**62 048**	**(129 007)**	**(4 664 961)**	**1 874 718**	**(51 408)**	**355 544**
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	**14 343**	**34 616**	**624 869**	**562 821**	**3 079 417**	**7 744 378**	**2 630 182**	**2 681 590**

Tableau 19 **ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS** EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007		
	Exercice courant $	Exercice précédent $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	438 919 139	409 736 914
Montant engagé par le ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	1 561 758	1 145 492
TOTAL	**440 480 897**	**410 882 406**
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	421 274 445	391 276 317
Allocations aux organismes communautaires	12 768 090	11 536 938
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	3 898 666	3 200 414
SOUS-TOTAL (Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R)	437 941 201	406 013 669
Fonds affectés	1 561 758	1 145 492
Autres	977 938	3 723 245
TOTAL DES AFFECTATIONS	440 480 897	410 882 406
Solde non attribué		
TOTAL	**440 480 897**	**410 882 406**
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS		

Tableau 20 **BILAN DES FONDS AFFECTÉS**		Au 31 mars 2007
	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	471 139	644 318
Débiteurs :		
- MSSS	26 779 691	17 165 944
- Établissements	4 067 132	6 962 824
- Taxes à recevoir	4 502	15 493
Autres éléments	139 152	1 683
Total de l'actif à court terme	**31 461 616**	**24 790 262**
À long terme - Enveloppes décentralisées	**44 093 128**	**46 359 743**
TOTAL DE L'ACTIF	**75 554 744**	**71 150 005**
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	3 459	15 292
Emprunt de banque	4 067 132	6 962 824
Intérêts sur emprunt à payer	41 820	49 541
Créditeurs et charges à payer :		
- Établissements	26 596 936	16 225 072
- Autres	76 718	24 052
Subventions reportées	104 209	
Total du passif à court terme	**30 890 274**	**23 276 781**
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	**44 093 128**	**46 359 743**
TOTAL DU PASSIF	**74 983 402**	**69 636 524**
SOLDE DE FONDS	**571 342**	**1 513 481**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**75 554 744**	**71 150 005**

Tableau 21 ÉTAT SOMMAIRE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AFFECTÉS

	Fonds des immobilisations $	Fonds des équipements $	Santé publique $	Désengorgement des urgences $	Médecins en régions éloignées $	Déficience intellectuelle $	Fournitures spécialisées pour personnes handicapées $
Solde à attribuer au début de l'exercice	**336 282**	**534 937**	**48 287**		**1 485**	**120 354**	**2 858**
Provenance							
MSSS	7 262 111	9 032 003		20 000			
Subvention pour intérêts sur emprunts	34 371	40 865					
Revenus d'intérêts			410	64	64		294
Autres							
Revenus MSSS - Intérêts CHQ		2 441 100					
TOTAL DES PROVENANCES	**7 296 482**	**11 513 968**	**410**	**20 064**	**64**		**294**
Attributions							
Établissements	7 522 593	9 566 938				120 354	3 152
Organismes							
Intérêts sur emprunts	34 371	40 865					
Contributions au fonds d'exploitation							
Contribution au fonds des activités régionalisées			41 678				
Salaires et avantages sociaux	32 462		5 932				
Charges sociales	3 940		515				
Frais de déplacement et d'inscription	103						
Services achetés	39 295		572				
Fournitures de bureau							
Autres charges d'exploitation (GMF)							
Autres				5 020			
Frais intérêts et financiers - CHQ		2 441 100					
TOTAL DES ATTRIBUTIONS	**7 632 764**	**12 048 903**	**48 697**	**5 020**		**120 354**	**3 152**
Solde à attribuer à la fin de l'exercice		**2**		**15 044**	**1 549**		

	Exercice terminé le 31 mars 2007				
	Priorités régionales $	Coordination en matière de santé et services sociaux $	Groupe de médecine de famille (GMF) $	Total au 31 mars 2007 $	Total au 31 mars 2006 $
Solde à attribuer au début de l'exercice	11 878		457 400	1 513 481	2 301 918
Provenance					
MSSS		4 221	1 541 758	17 860 093	14 633 975
Subvention pour intérêts sur emprunts				75 236	111 922
Revenus d'intérêts	513	32	10 804	12 181	27 165
Autres			74 384	74 384	
Revenus MSSS - Intérêts CHQ				2 441 100	2 348 561
TOTAL DES PROVENANCES	513	4 253	1 626 946	20 462 994	17 121 623
Attributions					
Établissements				17 213 037	13 599 460
Organismes					2 000
Intérêts sur emprunts				75 236	111 922
Contributions au fonds d'exploitation					
Contribution au fonds des activités régionalisées				41 678	44 728
Salaires et avantages sociaux				38 394	34 044
Charges sociales				4 455	3 457
Frais de déplacement et d'inscription		22		125	
Services achetés		500		40 367	22 604
Fournitures de bureau					498
Autres charges d'exploitation (GMF)			1 545 721	1 545 721	1 137 381
Autres				5 020	605 405
Frais intérêts et financiers - CHQ				2 441 100	2 348 561
TOTAL DES ATTRIBUTIONS		522	1 545 721	21 405 133	17 910 060
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	12 391	3 731	538 625	571 342	1 513 481

NOTE AUX ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJET

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur.
- Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés.
- Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice.
- De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements.
- Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés.
- Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquent ne sont pas toujours reportées.
- Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds.
- Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds.
- Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.
- L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée.
- Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé.
- La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;
- Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 4.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminée.

NOTE 3 – CORRECTION D'ERREUR DANS LES ÉTATS FINANCIERS D'EXERCICES ANTÉRIEURS

Les chiffres du fonds d'immobilisations de l'exercice terminé le 31 mars 2006 ont été redressés afin d'apporter une correction dans la comptabilisation des immobilisations ainsi que du solde de fonds.

Ce redressement rétrospectif a eu pour effet d'augmenter les postes suivants du fonds d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 :

Immobilisations	1 796 052 $
Solde de fonds	1 796 052 $

NOTE 4 – FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2007	2006
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	56 239 $	47 808 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 050 $	104 198 $
	57 289 $	**152 006 $**

NOTE 5 – ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2008 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2007 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 544 183 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2008	566 711 $

Pour les fins d'exploitation par des établissements privés conventionnés, l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a contracté des baux avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) pour un montant total de 8 047 155 $ échéant en 2020, lesquels sont remboursés totalement et directement à la CHQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a contracté à cet effet un contrat de sous-location avec l'Orchidée blanche ainsi qu'avec la Résidence Riviera. Le remboursement effectué à la CHQ par le ministère en 2006-2007 au nom de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval s'élève à 941 692 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2008	1 080 411
2009	1 080 411
2010	1 080 411
2011	1 080 411
2012	1 080 411
2013 et subséquents	2 645 100
	8 047 155 $

L'Agence s'est également engagée en vertu d'ententes contractuelles échéant à diverses dates jusqu'au 30 juin 2008 pour des locations d'équipements de bureau. Les engagements pour les prochaines années se détaillent comme suit:

2008	5 160
2009	1 290
	6 450 $

NOTE 6 – PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2007 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2007	2006
Vacances	350 909 $	450 558 $
Congés de maladie	24 119	25 740
Heures supplémentaires	23 595	24 954
	398 623 $	501 252 $

Annexe I Fiches de reddition de compte

LES FICHES DE REDDITION DE COMPTE SONT ÉLABORÉES PAR PROGRAMMES-SERVICES SELON LES ENTENTES DE GESTION

SANTÉ PUBLIQUE

AXE D'INTERVENTION			DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
Objectifs de résultats 2005-2010			Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	42.3 %	45 %	48.5 %
Taux de référence initial pour investigation	11.1	10.9	11.1
Taux de référence subséquent pour investigation	6.6	6.6	6.0

Commentaires

Les résultats sont atteints concernant le taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Pour ce qui est du taux de référence pour investigation, au 31 décembre 2006 (période de 12 mois), les résultats sont presque atteints (11.1 vs 10.9) pour le taux de référence/dépistage initial. Quant au le taux de référence (dépistage subséquent, les résultats ont été dépassés pour 6.0 vs 6.6, ce qui constitue une amélioration.

Les taux de référence doivent être regardés simultanément avec les taux de détection. Le 12 mars 2007, l'INSPQ a envoyé au Centre de dépistage désigné, les résultats de neuf indicateurs de performance dont les taux de référence et de détection pour 2002-2004.

* Correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

AXE D'INTERVENTION	PROTECTION – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG		
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	124*	62	100
Nombre d'interventions de vaccination réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	448*	448	379
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	124*	62	100

Commentaires

Les résultats ont été dépassés pour le nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP.

Pour cet indicateur, la méthode de calcul a été changée en 2006-2007, il ne faut pas tenir compte des résultats de l'année 2005 2006 à des fins de comparaison.

Les facteurs suivants expliquent la baisse de cet indicateur (Nb d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables hors des murs du SIDEP). D'un point de vue technique, la cible est basée sur les données de l'année dernière, même si la méthode de calcul a été modifiée. L'an dernier, chaque vaccin administré était comptabilisé, alors que cette année, nous comptabilisons une intervention peu importe le nombre de vaccins administrés.

D'un point de vue de l'organisation des services, il y a moins de clients dans les bars depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi antitabac, donc moins de travailleurs (danseuses).

Les travailleurs dans les bars sont de plus en plus jeunes, et ils sont déjà vaccinés (à l'école) ou à l'intérieur du programme. De plus, il y a eu la fermeture de plusieurs centres de désintoxication sur notre territoire. Nous amorçons des contacts avec des nouveaux centres pour rejoindre la clientèle UDI (utilisateurs de drogues injectables).

* Cet indicateur ne sera pas reconduit pour l'année 2007-2008

AXE D'INTERVENTION	SYSTÈME DU SANG		
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Taux de traçabilité des produits sanguins	Nouveau	100 %	100 %

Commentaires

Les résultats sont atteints. Cet indicateur est non reconduit.

AXE D'INTERVENTION	PRÉVENTION – TABAGISME
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT) de groupe	Nouveau	80 (8 groupes X 10)	72

Commentaires

L'écart est peu significatif par rapport à la cible. Certains groupes incluent plus de 10 participants, mais seulement six des huit groupes visés ont été mis sur pied.

Il est à noter qu'au plan des interventions individuelles, la cible a été dépassée de 17 usagers.

* Cet indicateur n'est pas reconduit pour l'année 2007-2008.

Services généraux – Activités cliniques et d'aide

AXE D'INTERVENTION	SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 429	1 429	1 417
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,48	4,49	4,75

Commentaires

La cible est non atteinte quant au nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC) et a été fixée en fonction des données incluant les suivis en déficience intellectuelle au CSSS de Laval, CLSC du Marigot.

Il y a un biais dans la compilation des données pour cette installation puisque les données comprennent les services rendus à la clientèle de la déficience intellectuelle. Si nous excluons cette clientèle, le nombre d'usagers est de 424 pour cette installation et un total de 1 316 pour le CSSS de Laval. Toutefois, à cette installation, des améliorations ont été apportées sur la façon de codifier les différents profils d'intervention, ce qui permettra, en 2007-2008, une meilleure qualité des intrants.

Pour le nombre moyen d'interventions au CLSC du Marigot, les données comprennent les services rendus à la clientèle de la déficience intellectuelle. Si nous excluons cette clientèle, le nombre moyen d'interventions par usager est de 4,04 au CLSC du Marigot et de 3,88 pour le CSSS de Laval. De plus, à cette installation, il y a eu des modifications sur la façon de codifier les profils d'intervention par rapport à l'année 2005-2006. La cible 2006-2007 a aussi été fixée en fonction des données incluant les suivis en déficience intellectuelle.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ – PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	8 205	8 392	8 242
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	29,14	24	33,11

Commentaires

La cible fixée n'a pas été atteinte pour le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services du SAD (mission CLSC), compte tenu de ce qui suit et de l'intensité de services qui n'a cessé d'augmenter. À titre d'exemple, les services suivants offerts à une clientèle à domicile ne sont pas comptabilisés : psychogériatrie à domicile, centre de jour ambulatoire, etc. Il a cependant été convenu avec le CSSS de Laval d'examiner l'offre de services pour la clientèle âgée à domicile et de s'assurer que toutes les données relatives à ces services soient colligées dans le profil d'intervention correspondant.

Nombre moyen d'interventions à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie (mission CLSC) : l'établissement, de concert avec l'Agence, a, dans le cadre du plan de contingence, privilégié l'intensification des services afin de prévenir ou d'éviter des visites à l'urgence ou des hospitalisations et de raccourcir les durées de séjour en centre hospitalier.

Le manque de ressources alternatives à l'hébergement en CHSLD a eu également un impact sur l'intensité des services requis par les usagers du soutien à domicile.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2.5 %et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,90	2,84	2,93
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,21	0,21	0,21

Commentaires

En ce qui a trait au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance, le résultat 2006-2007 valide la cible et il est même dépassé. Ce dépassement s'explique en partie par les modifications importantes de l'organisation physique d'un CHSLD privé conventionné à l'égard des orientations ministérielles relatives au milieu de vie. Les recommandations de la visite d'appréciation de la qualité qui a été faite ont amené une diminution de 36 lits tout en maintenant le même nombre d'heures travaillées et approuvées (selon entente CHSLD/AGENCE) pour l'année. Ainsi, on devrait observer une situation régularisée et plus stable en 2007-2008.

L'Agence a procédé, à l'automne 2006, à l'évaluation annuelle de la clientèle orientée par le système régional des admissions (SRA). La lourdeur régionale moyenne se maintient au niveau de l'ensemble des établissements. Elle est de 2,95 heures/soins nettes requises (HSNR). Le taux de réponse régional aux besoins en soins infirmiers et d'assistance visé est de 77 % pour l'année 2007-2008, et ce, pour tous les CHSLD de la région. Ils sont financés en conséquence.

Ainsi, en fonction du résultat de l'évaluation annuelle et du taux de réponse régional visé (77 %), nous prévoyons atteindre une moyenne régionale de 2,87 jr/p ce qui constitue une augmentation par rapport à l'année antérieure. Nous proposons cet engagement en 2007-2008 compte tenu, également, du fait que la lourdeur de la clientèle au moment de l'admission en CHSLD est rehaussée.

En ce qui a trait au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels, le résultat 2006-2007 valide aussi que la cible a été atteinte. Nous maintenons également à 0,21 jr/p notre engagement déboursé et annualisé en 2007-2008 pour les raisons énumérées précédemment.

En 2007-2008, en raison des objectifs de services du MSSS, du plan d'action régional PALV 2005-2010, des enjeux incontournables ainsi que de nos disponibilités budgétaires, nous devons actuellement investir dans le développement et la consolidation du financement d'une ressource alternative (RNI) de 26 places. De plus, il y a la mise en place progressive de mesures en CHSLD pour la prévention des infections nosocomiales. Ces enjeux prioritaires nécessiteront à court et moyen terme des investissements.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 960	1 975	1 479
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	42,57	35	50,17

Commentaires

L'écart entre l'année 2005-2006 et l'année 2006-2007 s'explique par une révision complète au CSSS de Laval des profils attribués à la clientèle en déficience physique dans les quatre installations avec mission CLSC, et ce, dans le but d'atteindre une plus grande conformité avec les définitions du cadre normatif.

Compte tenu de la restructuration par programme-clientèle au CSSS de Laval qui devrait être complétée en janvier 2008, une diminution des résultats 2007-2008 est encore à prévoir. L'écart entre la cible 2010 initialement fixée s'agrandit et donc l'atteinte de celle-ci s'avère impossible à réaliser. L'atteinte de la cible 2010 est fort préoccupante alors que son analyse et sa révision en fonction des résultats 2006-2007, nous apparaissent incontournables. Une telle analyse est à effectuer de concert avec le CSSS de Laval et même le MSSS.

Les commentaires provenant du CSSS de Laval pour cet indicateur sont à l'effet qu'un nombre moyen d'interventions ne peut traduire l'efficience et la pertinence des services rendus particulièrement pour la clientèle ayant une déficience physique et en lourde perte d'autonomie. En effet, les données concernant cette dernière clientèle qui bénéficie d'un suivi à long terme par le SAD s'ajoutent à celles d'une clientèle à court ou moyen terme desservie avec une intensité de services très variable.

Les résultats de cet indicateur reflètent cependant les besoins de la clientèle à domicile qui s'accentuent d'année en année puisque les usagers souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible. D'autre part, les séjours en CHSGS sont de plus en plus courts, ce qui constitue un facteur significatif quant à l'intensité des services requis au moment du retour de l'usager dans son milieu de vie. Lorsque la restructuration par programme clientèle sera complétée, on peut prévoir, pour des usagers ayant des besoins similaires, une standardisation de l'offre de service et des résultats comparables pour chacune des installations CLSC du CSSS de Laval. La cible 2010 est fort préoccupante et son analyse, et même sa révision en fonction des résultats 2006-2007, nous apparaissent incontournables. Une telle analyse est à effectuer de concert avec le CSSS de Laval et même le MSSS.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (repit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	270	270	299

Commentaires

La cible pour cet indicateur est atteinte. Il est à noter cependant, que certains usagers présentent une double problématique telle qu'une déficience physique et une déficience intellectuelle, l'usager est dans ce cas associé à un seul profil.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SPÉCIALISÉS – DÉFICIENCE PHYSIQUE
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	3 026	2 573	2 325
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation		N.D.	642
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation		N.D.	669
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	250	250	270

Commentaires

Déficience motrice

Les 3 026 personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation en 2005-2006, incluaient des clientèles qui n'appartenaient pas à la déficience physique. Un premier travail de redistribution des clientèles selon les programmes-services du MSSS, en fin d'année 2005-2006, avait permis d'exclure la clientèle en orthopédie 1 (clientèle de santé physique), ce qui ramenait le nombre de personnes des services à 2 573.

Ce volume a servi à établir la cible 2006-2007, qui a été maintenue au même niveau, en raison du contexte de plan de redressement budgétaire de l'Hôpital juif de réadaptation. Toutefois, l'entente de gestion 2006-2007 imposait aussi à l'établissement de poursuivre son analyse de rattachement des clientèles afin, entre autres, de pouvoir produire le rapport statistique AS-484 en déficience physique. Ce travail en profondeur est maintenant terminé et a eu comme conséquence de restreindre davantage le volume de clientèle rattaché à la déficience motrice.

Selon ce nouveau mode de comptabilisation, ce sont 2 325 personnes qui ont été desservies en déficience motrice en 2006-2007, donc une différence de 248 personnes de moins, par rapport à la cible. Cependant, si on régularise la situation de la clientèle desservie en 2005-2006 en fonction de cette nouvelle répartition « améliorée » des clientèles, ce sont 2 305 personnes qui ont reçu des services en déficience motrice cette année-là ; ce qui aurait dû constituer la cible 2006-2007 plutôt que 2 573 personnes. Partant de là, il y eut une augmentation de vingt personnes en 2006-2007 par rapport à l'année antérieure.

Déficience visuelle et auditive

Les résultats fournis sont extraits des statistiques produites par l'Institut Nazareth et Louis-Braille ainsi que l'Association montréalaise pour les aveugles en déficience visuelle, et par l'Institut Raymond-Dewar et le CR Mackay en déficience auditive. Ce sont ces centres spécialisés qui desservent la clientèle de Laval en bonne partie par le biais des points de services de l'Hôpital juif de réadaptation. Jusqu'ici, il n'y a pas eu d'engagement ou de cible établie et convenue avec les instituts concernés. Quant à l'IRD, ses données concernant la clientèle lavalloise n'ont pas été accessibles dans GESTRED. De plus, l'HJR a demandé d'être imputable quant à l'offre de services et aux résultats attendus pour la desserte de ces clientèles. Ceci nécessitera au préalable des démarches et une entente avec chacun de ces partenaires.

Déficience du langage

À la période 13, le nombre d'enfants desservis était de 270, soit vingt de plus que la cible annuelle fixée à 250 pour un total de 13 194 heures de prestation de services.

Cependant, on a noté une augmentation inhabituelle de 29 enfants à la période 12. Cela est dû au fait qu'il n'y a pas eu d'orthophoniste en milieu scolaire anglophone pendant de nombreux mois. À l'arrivée de la nouvelle orthophoniste, les enfants en attente ont été vus pour une évaluation sommaire, mais ces enfants n'ont pas reçu de services de façon substantielle.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroitre l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	412	412	382
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	15,84	15,10	12,91

Commentaires

Présentement, et jusqu'à ce que la restructuration par programme-clientèle soit complétée au CSSS de Laval, la clientèle DI est suivie soit par le soutien à domicile (SAD) ou dans le cadre du programme Enfance-Famille-Jeunesse pour deux CLSC sur quatre. Les résultats inscrits dans GESTRED sont donc incomplets. À titre d'exemple, pour 2005-2006 à la période 7, il y a eu 246 usagers ayant une DI qui ont été suivis hors SAD. On peut donc penser que la cible 2010 est vraisemblablement déjà rencontrée.

Le résultat 2006-2007 pour le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile est une moyenne d'intervention par usager de 12,91 qui est très proche de la cible 2010 qui est de 13 intervention / personne.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	417	424	451

Commentaires

Le résultat pour cet indicateur (424) dépasse déjà la cible 2010 qui est de 413 usagers.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	119	119	123
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	12,80	11,36	12,37

Commentaires

La clientèle TED est suivie en SAD, mais également avec les services Famille-Enfance-Jeunesse. Les résultats inscrits dans GESTRED sont donc incomplets. Malgré ce facteur, l'engagement pour chacun de ces indicateurs est réalisé et dépasse la cible 2010 de façon relativement importante.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Resultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Resultats 2006-2007
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	279	279	331

Commentaires

Le programme de soutien aux familles, pour celles vivant avec une personne ayant un TED, a permis de rejoindre 331 familles en 2006-2007, dépassant ainsi largement la cible 2010 qui est de rendre ce programme accessible à 120 familles. La présence d'organismes offrant des services spécifiques à cette clientèle suscite une concentration voire même une migration plus importante de jeunes familles ayant des enfants TED dans un des secteurs de notre territoire et donc de la région.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	29	29	51
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	10,32	13	10,22

Commentaires

La cible visée lors de l'entente de gestion 2006-2007 a été atteinte pour le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI.

Quant au nombre moyen d'heures hebdomadaires ICI, la cible visée n'est que partiellement atteinte. Les services ne sont pas offerts dans les locaux de l'Étincelle du CRDI pendant l'été. En effet, le CRDI préfère que les intervenants prennent leurs vacances pendant cette période, permettant ainsi d'éviter la discontinuité dans les services que des vacances échelonnées tout au cours de l'année ne manqueraient pas de susciter. Ce mode d'organisation des services pertinents au plan clinique n'est pas sans impact pour la reddition de comptes. En effet, si nous souhaitons atteindre l'objectif de 13 heures/semaine tout en maintenant les modalités de service actuelles, il faudrait, dans les faits, selon le CRDI, offrir 15,36 heures/semaine de service par enfant.

Pour différentes raisons, quelques familles choisissent de ne pas utiliser les 13 heures de service et de recevoir seulement une partie des heures proposées, diminuant ainsi les statistiques.

Pour l'année en cours, 12 enfants inscrits aux services d'ICI fréquentent également l'école Sainte-Marguerite (laquelle fonctionne selon l'approche TEACCH), à raison de cinq demi-journées/semaine, et 13 enfants fréquentent un centre de la petite enfance ou une prématernelle privée. Une collaboration étroite est assurée aux différents milieux et plusieurs mettent en application le plan d'intervention élaboré pour l'enfant. Toutefois, ces heures ne sont pas comptabilisées comme elles semblent l'être dans d'autres régions.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	197	197	215
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	41	41	46

Commentaires

L'engagement visé à l'entente de gestion 2006-2007 a été dépassé, et ce, de façon importante comparativement à la cible 2010 pour le nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans.

Quant aux adultes de plus de 21 ans, l'engagement a été dépassé et correspond déjà à la cible 2010.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	5 077	5 281	5 216
Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,16	7,24	7,14

Commentaires

Les résultats ne sont pas atteints pour le nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC). Le nombre d'usagers rejoints pourrait diminuer en 2007-2008 compte tenu des travaux d'harmonisation et de la qualité des données qui permettent au CSSS de Laval de mieux distinguer les clientèles en déficience intellectuelle (NÉGUS, TED et santé mentale jeunesse), ce qui représente environ 200 usagers à exclure de cet indicateur. L'engagement 2007 2008, qui est le même que pour l'année antérieure, risque d'être plus difficile à atteindre.

Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions par usager, les résultats sont atteints et rejoignent la cible 2010.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse, pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	13.68	12	11.09
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	18.4	30	14.22
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	Nouveau	14	8.30
Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	5.69	7.0	4.21

Commentaires

Les cibles de ces quatre indicateurs ont toutes été atteintes et même largement dépassées en 2006-2007.

Dépendances

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - TOXICOMANIES		
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	76	162	195

Commentaires

L'engagement annualisé en 2006-2007 a été dépassé. Pour 2007-2008, nous maintenons comme engagement les résultats atteints en 2006-2007 afin d'atteindre la cible 2010 qui est de 217 jeunes.

Santé mentale

AXE D'INTERVENTION	JEU PATHOLOGIQUE		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1.5 % de la population requiert des services spécialisés).		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	277	292	311

Commentaires

L'engagement annualisé en 2006-2007 a été dépassé. Nous maintenons cet engagement, soit 311 joueurs traités pour 2007-2008.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE – SANTÉ MENTALE
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	245	363	332
Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	1 828	2 053	1 649

Commentaires

Les résultats ne sont pas atteints pour le nombre d'usagers de 18 ans et moins. Cependant, il n'y a pas de liste d'attente. Les difficultés d'harmonisation liées à l'utilisation des profils 410 et 420 seront corrigées en 2007-2008.

Pour cet indicateur, les interventions individualisées sont comptabilisées. Cependant, des interventions de couple ou familiale sont très souvent requises et elles n'apparaissent pas dans le calcul de l'indicateur ce qui nous apparait une lacune importante.

Le modèle d'organisation de services privilégie la présence d'agents de liaison, ce qui représente 3,4 ETC. Ces derniers ne compilent pas de statistiques en termes d'usagers desservis. Ces agents de liaison sont dédiés au guichet d'accès. Cette pratique désavantage la région en ce qui concerne le ratio usagers/intervenant, tout en respectant les orientations ministérielles.

Quant au nombre d'usagers de 18 ans et plus, les résultats ne sont pas atteints. Pour l'année 2006-2007, les allocations de développement ont été actualisées en novembre 2006, mais la cible est calculée à partir du début de septembre 2006. Il y a un risque de manque d'harmonisation dans l'utilisation des profils 410 et 420, ce qui sera corrigé en 2007-2008.

Les données des médecins sont maintenant exclues du calcul de l'indicateur, tel que demandé par la nouvelle fiche, ce qui a pour conséquence de diminuer la volumétrie par rapport à 2005-2006.

L'entente avec le Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur n'étant pas finalisée, le transfert partiel des services de la deuxième ligne vers la première ligne contribue à la non-atteinte des résultats.

On présume que le manque d'omnipraticiens et le manque de disponibilités de ceux-ci font en sorte qu'on reçoit moins de références, ce qui a un impact sur le nombre d'usagers rejoints.

Les interventions réalisées dans un contexte de suicide ne sont pas comptabilisées dans le calcul de cet indicateur, mais des intervenants sont engagés dans ce secteur d'activités. De plus, le suicide est inclus dans le plan d'action en santé mentale 2005-2010, et les interventions devraient être incluses dans le calcul de cet indicateur considérant la cible élevée 2010.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE – SANTÉ MENTALE		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouveau	0	N/D
Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouveau	0	5

Commentaires

Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours : Non disponible.

Les résultats ne sont pas atteints pour le nombre d'usagers 18 ans et plus. La cible de « 0 » est à atteindre en 2010. Il y a cinq usagers pour lesquels le délai d'accès aux services de 2e ligne était supérieur à 60 jours.

Pour le moment, nous n'avons pas accès aux bases de données en ce qui concerne la desserte de la population de l'ouest de Laval, assurée par le Pavillon Albert Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ – SANTÉ MENTALE		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : • En suivi intensif (70 pers./100 000 hab.) • En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 pers./100 000 hab.)		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	30.00	105	38.23 **
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	32.85	64	53.69

Commentaires

Les services d'intensité variable ont été déployés en décembre 2006 sous forme de service régional.

** La cible régionale 2006-2007 est atteinte en partenariat avec l'organisme communautaire CILL (134 usagers).

Les résultats ne sont pas atteints quant au nombre de places en services de suivi intensif pour les adultes de 18 ans et plus. Les 58 usagers différents ont été rencontrés à plus de deux reprises, ce qui confirme la tendance à la hausse vers la cible 2010.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES D'URGENCE – SANTÉ MENTALE
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière l'urgence pour des problèmes de santé mentale : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; • 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	15,25	14,0	17,70
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	1,8 %	1,0 %	5,67 %

Commentaires

Selon le Centre de coordination national des urgences (CCNU), l'établissement obtient une DMS inférieure à la moyenne par période des centres hospitaliers secondaires (tout le Québec) de 0,9 heure et de 6,6 heures inférieures à la moyenne par période des centres hospitaliers montréalais.

Depuis la période 6, on constate un encombrement très important de l'urgence. On constate une augmentation des durées moyennes de séjour reliée à la non-disponibilité des ressources d'hébergement. D'autres mesures internes et externes avec le réseau de service intégré sont en évaluation pour diminuer les délais moyens de séjour à l'urgence.

La situation à l'urgence par rapport à l'année financière 2005-2006 s'est détériorée, et ce, tant pour la clientèle en santé mentale que pour celle en santé physique. Toutefois, les données comparatives des durées moyennes de séjour à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en santé mentale à l'urgence sont favorables. La direction générale et l'équipe des gestionnaires du CSSS de Laval sont bien au fait de la situation.

La non-disponibilité de ressources d'hébergement a un impact sur la clientèle qui transite par l'urgence faisant, entre autres, augmenter le temps de séjour sur civière et le pourcentage de séjour de 48 heures et plus. Des mesures sont en cours pour contrer cette non-disponibilité.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES D'URGENCE – SANTÉ PHYSIQUE
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière l'urgence pour des problèmes de santé mentale : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; • 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Séjour moyen sur civière	15,07	14,50	16,81
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	17,56	17,00	19,72
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,73 %	0,70 %	2,49 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,0 %	1,0 %	3,76 %

Commentaires

Depuis 2004-2005, l'année 2006-2007 est celle ou une détérioration de l'ensemble des indicateurs en santé physique est la plus marquée, malgré les nombreux efforts déployés de même que le suivi rigoureux du CSSS de Laval pour améliorer la situation. Plusieurs raisons peuvent justifier cette baisse dans les résultats :

•l'augmentation très importante des personnes âgées de 75 ans et plus depuis 2004-2005, notamment celles sur civière dont le pourcentage est passé de 24 à 27 % ;

- le manque de ressources alternatives à l'hébergement dans la région ;
- le manque de lits de courte durée (125) dans la région ;
- l'augmentation des infections nosocomiales (mise en quarantaine des unités de soins et dépistage pour les usagers en provenance d'autres centres hospitaliers), et ce, malgré l'intensification des mesures de prévention des infections. Une gestion très serrée de ces lits en quarantaine limite le nombre de lits en disponibilité dans tout l'établissement ;
- l'augmentation, depuis 2005-2006, des transports ambulanciers vers l'urgence touche majoritairement la clientèle de plus de 75 ans (soit 93 % de ces transports). Cette clientèle nécessite une plus grande intensification de services à l'urgence, sur les unités de soins, pour les services diagnostiques tout comme ceux du soutien à domicile.

La direction générale et l'équipe de gestion des lits du CSSS de Laval poursuivent leurs efforts dans le but d'améliorer la situation :

- comité d'accessibilité tenu toutes les deux semaines avec l'ensemble des partenaires du RLS incluant les cliniques médicales et le chef du DRMG ;
- plan de contingence ;
- plan de désencombrement ;
- mesures du CCNU en application ;
- dépôt de projets de développement de ressources (création de l'unité transitoire de convalescence et de récupération fonctionnelle et augmentation de places en RNI) ;
- comité de suivi de l'entente et des indicateurs de gestion.

AXE D'INTERVENTION	SOINS PALLIATIFS
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	861	860	836
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,42	16	16,77

Commentaires

La cible 2006-2007 n'a pas été atteinte concernant le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile. Par ailleurs, le nombre moyen d'interventions (16) atteint déjà la cible 2010. La clientèle âgée et celle en fin de vie ayant un autre diagnostic que le cancer ne sont pas comptabilisées dans le I CLSC. Ces clientèles sont en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), ce qui demeure le nombre réel d'usagers qui ont été desservis en soins palliatifs à domicile. Des travaux sont en cours au CSSS de Laval afin d'améliorer la codification et une formation à ce sujet sera donnée à tous les intervenants. Un impact est donc à prévoir en soins palliatifs versus PALV l'an prochain.

Il n'y a pas de liste d'attente pour cette clientèle puisqu'elle est prioritaire pour la prise en charge. Les choix des usagers quant aux lieux de dispensation des services en soins palliatifs font en sorte qu'ils se tournent vers des ressources autres que le soutien à domicile. La mise en place d'un réseau de services intégrés en soins palliatifs est en développement à partir du projet clinique du programme québécois de lutte contre le cancer.

Quant au nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile, les résultats sont atteints pour 2006-2007, tout comme pour la cible 2010.

AXE D'INTERVENTION	CARDIOLOGIE TERTIAIRE
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires

En avril 2007, le CSSS de Laval a inauguré sa première salle d'hémodynamie et l'installation du système de gestion de l'accès aux services (SGAS). Les activités ont débuté le 12 avril 2007.

AXE D'INTERVENTION	CHIRURGIE
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroitre la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	111	102	96
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	166	166	135
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 647	1 466	1 766
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 439	5 511	4 994
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	4 574	4 402	5 082
Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	Nouveau	0	6
Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	Nouveau	0	14
Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	Nouveau	0	12

Commentaires

La non-atteinte de l'engagement quant au nombre d'arthroplasties de la hanche est due au départ de deux chirurgiens orthopédistes en cours d'année.

Même chose pour les arthroplasties du genou, avec le départ de deux chirurgiens orthopédistes.

Toutefois, l'engagement est atteint pour les chirurgies de la cataracte.

La fermeture de l'unité de chirurgie d'un jour avec observation (CDJO) a nécessité le transfert de ses activités vers la clientèle hospitalisée, contribuant aux difficultés rencontrées. Compte tenu de ce contexte, des chirurgies habituellement réalisées en CDJO ont été transférées en chirurgies hospitalisées.

Un nombre important de chirurgies mineures sont effectuées en externe au bloc opératoire, bien qu'elles ne soient pas comptabilisées dans MED-ÉCHO et qu'il s'agisse de chirurgies reconnues dans la liste du MSSS, pénalisant ainsi la région d'un volume important. Nous sommes à faire la démonstration.

L'engagement est atteint pour le nombre de chirurgies avec hospitalisation. Toutefois, un écart important est observable entre les données GESTRED et MED-ÉCHO depuis 2003-2004. Cet écart rend difficile la planification des cibles/engagements annuels.

Quant au nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche ou du genou et pour une chirurgie de la cataracte, le CSSS de Laval procède à l'épuration des listes d'attente afin de vérifier s'il s'agit de cas nécessitant réellement une intervention chirurgicale et que les patients sont disponibles médicalement et personnellement. Les mécanismes de garantie d'accès aux services seront mis en place pour le 1er juin 2007.

Depuis 2005, une diminution importante des hors délai est observée. Les patients toujours en liste d'attente en période 13 sont priorisés par les chirurgiens.

La capacité actuelle de l'établissement en termes d'infrastructure au bloc opératoire (cinq ou sept salles additionnelles requises) et de lits (125 lits additionnels requis), ne nous permet pas une surproduction chirurgicale.

AXE D'INTERVENTION	PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Proportion de femmes ayant accouchées dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	52,6 %	59 %	58,36 %

Commentaires

Les résultats sont presque atteints avec une proportion de 58,36 %, ce qui représente 194 femmes.

Gestion des bâtiments et des équipements

AXE D'INTERVENTION	GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	22,9 %	22,7 %	N.D.
Consommation en giga joules par mètre carré	1,46	1,4	1,46

Commentaires

Considérant que cet indicateur (Taux des dépenses en administration et en soutien aux services) n'est pas suivi dans GESTRED, l'Agence obtient les données à la réception des AS-471 au 30 juin chaque année.

La consommation en giga joules par mètre carré s'établit à 1,46 GJ/m2 à la fin du 4e trimestre. Par conséquent, l'engagement annualisé 2006-2007 de 1,4 GJ/m2 n'a pas été atteint.

La cible 2006-2007, après ajustements, est atteinte en enlevant les données du nouveau bâtiment de la Résidence Riviera (moins 15 383 giga joules et moins 5 601 m2), un CHSLD privé conventionné, et en retirant des ajouts énergétiques de 5 600 giga joules effectués depuis 2002-2003 par le CSSS de Laval. Ceci permet de régulariser le portrait initial de la région (base sur 2002-2003) à l'époque où le bâtiment « Résidence Riviera » n'existait pas encore, tout comme plusieurs projets de déshumidification dans certains établissements.

AXE D'INTERVENTION	ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Résultat d'exploitation par établissement :			
CSSS 1	- 1 088 043 $	- 1 102 586 $	- 1 102 586 $*

Commentaires

L'établissement respecte la cible déficitaire maximale autorisée.

* donnée inscrite au rapport CIFINO à la P-13

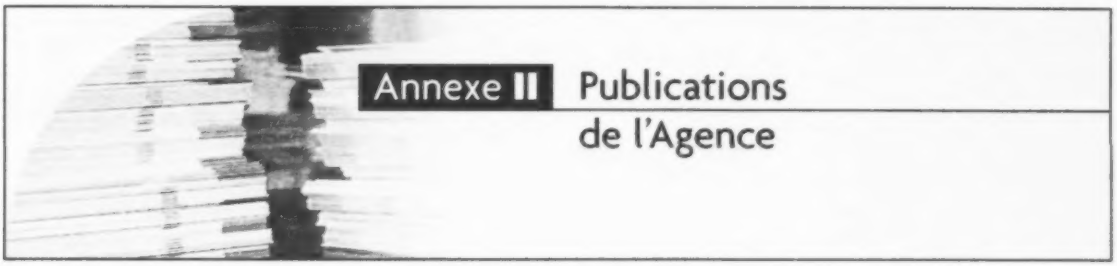
AXE D'INTERVENTION	PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,34	5,19 *	N.D.

Commentaires

À ce jour, les données de la P-13 ne sont pas encore versées dans GESTRED, mais selon nos prévisions, basées sur les résultats de la période 12, la cible 2006-2007 sera atteinte.

* exclut les établissements privés conventionnés.



Annexe II Publications de l'Agence

ARCAND, Lyne, Alain CARRIER (coll.) et **François GODIN** (coll.). *Cadre de référence lavallois pour l'élaboration d'une offre de services conjointe en promotion et prévention à partir de l'école*. Direction de santé publique, 2007.

BARBEAU, Christiane, et COUTURE, Dre Pauline. Plan d'action des services spécialisés chirurgicaux. Direction des affaires médicales et santé physique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

BÉLANGER Philippe, et Alexandre ST-DENIS. *État de situation du suicide à Laval*, Direction de santé publique, janvier 2007.

BÉLANGER, Philippe. *Projection des données de mortalité à Laval* (1re partie), Sélection santé Laval, novembre 2006 ; *Projection des données de mortalité à Laval* (2e partie), Sélection santé Laval, décembre 2006, Direction de santé publique, 2006.

BÉLANGER, Claudette, Stéphanie BOURDAGES, Ginette GARCEAU et Jean-Guy VALÉE. *Expérience pilote d'application d'agents de scellement dentaire dans le secteur public à Laval* – Année scolaire 2005-2006. Rapport final, octobre 2006, Direction de santé publique et Centre de santé et de services sociaux de Laval, 2006.

CHARTRAND, Émily, et Alexandre ST-DENIS. *État de situation de la sécurité alimentaire à Laval*, Direction de santé publique, mars 2007.

CHRÉTIEN, Sylvie. Le cancer du poumon à Laval, Sélection santé Laval, Direction de santé publique, juin 2006.

COMITÉ RÉGIONAL EN SANTÉ MENTALE. *Plan d'action régional en santé mentale 2006-2010*, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

CORBEIL, Marie-Reine. *Certaines habitudes de vie s'améliorent mais...*, Sélection santé Laval, février 2007 ; *Le cancer de la prostate chez les lavallois*, Sélection santé Laval, janvier 2007 ; *Le cancer du sein chez les femmes lavalloises*, Sélection santé Laval, avril 2006 ; *Le suicide à Laval*, Sélection santé Laval, mai 2006 ; *L'utilisation des services du médecin de familles*, Sélection santé Laval, octobre 2006 ; *Quelques aspects de la santé des hommes à Laval*, avril 2006 ; *Qui n'a pas de médecin de famille à Laval ?*, Sélection santé Laval, septembre 2006 ; *Sondage auprès des lavallois sur la disponibilité d'un médecin de famille*, novembre 2006, Direction de santé publique, 2006-2007.

CORBEIL, Marie-Reine, Ève DUVAL et Richard GRIGNON. *Profil sociosanitaire de la population lavalloise*, Direction de santé publique, 2006.

CORBEIL, Marie-Reine, Michel DUVAL et Diane LAROCQUE. *Satisfaction des femmes ayant obtenues une mammographie de dépistage dans les centres de dépistage désignés de la région de Laval*, Direction de santé publique, mars 2007.

DAIGLE, Marc, et Réal LABELLE. *Être enfant et survivre au suicide d'un être cher*, Évaluation du Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide de la Ressource régionale suicide de Laval, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, 2006.

DEMERS, Diane, et Christine LAFORTUNE. *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise* : Cadre de référence régional, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007.

DOVONOU, Nicaise. *La surdité professionnelle à Laval*, novembre 2006 ; *Pour une maternité sans danger*, Profil statistique de 2000 à 2004, août 2006, Direction de santé publique, 2006.

LAFLEUR, Éliane. *Cadre de référence en matière de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial : Région de Laval*, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

LANDRY, Monique, Line ROYER et Lise VILLENEUVE. *Outils d'évaluation des connaissances en immunisation de base*. Direction de santé publique et CSSS de Laval, novembre 2006.

LEMAY, Louise. *Ensemble vers un même horizon : Manuel de référence pour la réalisation des Plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) à Laval – Volet jeunesse*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

NGUYEN, Minh-Nguyet. *Étude sur l'action bénévole chez les jeunes*, octobre 2006 ; *Évaluation de deux livres d'histoire : La colère de Banjo* et *C'est Banjo qui mène*, octobre 2006. Direction de santé publique, 2006.

PARÉ, Johanne. *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

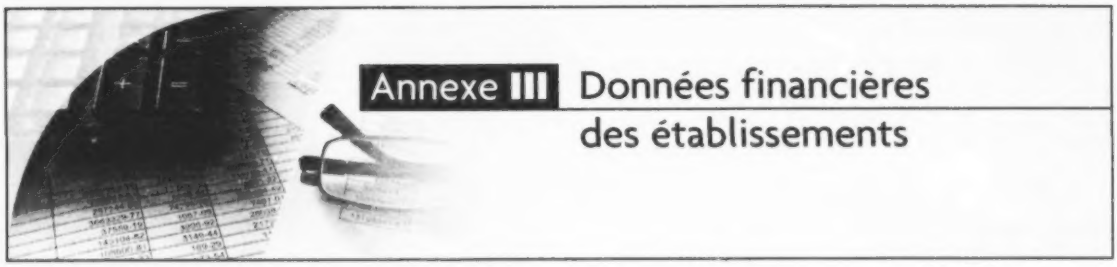
PROULX, Daniel. *Rapport annuel : Application de la procédure d'examen des plaintes et amélioration de la qualité des services 2005-2006*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

ROYER, Line, Lucie GUIBORD et Monique SAMOISETTE. *Rapport de l'expérimentation d'un modèle de vaccination de masse*, Centre de santé et de services sociaux de Laval, CLSC du Ruisseau-Papineau. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

TESSIER, Simon, MINH-NGUYET, Nguyen et GAGNON, Kathleen. Rapport de recherche : Étude sur l'action bénévole chez les jeunes. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

TURGEON, Jeanne-Evelyne. *Plan directeur régional en traumatologie de Laval 2005-2008*, Direction des affaires médicales et de la santé physique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

VILLENEUVE, Lise. Outils d'évaluation des connaissances en immunisation de base. Questionnaire et Réponses aux questions. Agence de la santé et des services sociaux de Laval et Centre de santé et de services sociaux de Laval, 2006.



Annexe III Données financières des établissements

Tableau 22 Situation financière des établissements publics à Laval

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	SURPLUS (DÉFICIT) 2006-07[1]	SURPLUS (DÉFICIT) 2005-06	AVOIR PROPRE au 31-03-2007
CENTRE DE SANTÉ			
Centre de santé et de services sociaux de Laval	(990 313)	(1 656 629)	(14 968 009)
CENTRE HOSPITALIER			
Hôpital juif de réadaptation	813 741	(286 165)	(152 043)
CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE			
CRDI Normand-Laramée	113 609	107 617	212 526
CENTRE JEUNESSE			
Centre jeunesse de Laval	18 433	29 257	1 740 507
TOTAL	(44 530)	(1 805 920)	(13 167 019)

Source : Données extraites du AS-471 avant l'analyse financière

[1] Résultats des activités principales

Tableau 23 Sommaire régional du financement net 2006-2007 des établissements de Laval

Établissements publics				
CENTRE DE SANTÉ				
Centre de santé et de services sociaux de Laval	304 123 475	2 828 874	306 952 349	18 862 206
CENTRE HOSPITALIER				
Hôpital juif de réadaptation	22 101 589	291 012	22 392 601	1 776 971
CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE				
CRDI Normand-Laramée	30 310 245	1 293 973	31 604 218	1 743 534
CENTRE JEUNESSE				
Centre jeunesse de Laval	54 440 214	25 263	54 465 477	3 702 375
TOTAL PUBLIC	410 975 523	4 439 122	415 414 645	26 085 086
Établissements privés conventionnés				
Centre d'hébergement Champlain Saint-François	2 519 106	35 685	2 554 791	182 203
CHSLD St-Jude inc.	11 681 711	63 644	11 745 355	1 094 692
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche ltée	6 987 062	43 360	7 030 422	379 006
Manoir Saint-Patrice inc.	6 051 569	4 183	6 055 752	411 934
Residence Riviera inc.	7 048 266	75 698	7 123 964	371 640
Santé Courville de Laval	4 388 566	69 050	4 457 616	191 036
TOTAL PRIVÉS CONVENTIONNÉS	38 676 280	291 620	38 967 900	2 630 511
GRAND TOTAL	449 651 803	4 730 742	454 382 545	28 715 597

[1] Le financement de l'ASSSL ou du MSSS

Tableau 24 Financement temporaire autorisé par l'Agence de Laval aux établissements publics de la région lavalloise en 2006-2007

	NOMBRE D'AUTORISATIONS	MONTANTS EN VIGUEUR AU 31-03-2007 $	% DU BUDGET DE FONCTIONNEMENT RÉGIONAL
DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT			
- Ajustement régional			
- Équilibre budgétaire	1	7 100 000	1,729 %
- Traitement différé	1	500 000	0,122 %
- Déficit			
TOTAL	**2**	**7 600 000**	**1,851 %**
DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
- Projets autofinancés [1]	1	946 250	0,230 %
TOTAL	**1**	**946 250**	**0,230 %**

[1] CSSS de Laval

Tableau 25 Dépenses 2006-2007 par catégorie d'établissements

Centre de santé et de services sociaux	329 846 001 $
Centres hospitaliers	28 329 697 $
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle public	33 618 027 $
Centre jeunesse	58 089 801 $
Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés	47 106 000 $
TOTAL	**496 989 526 $**

Annexe IV Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du conseil d'administration

I. CADRE LÉGAL

Le présent Code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables, plus particulièrement à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q. c. M-30) et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui découle de cette dernière.

II. CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et de ses comités.
2. Il s'applique également au président-directeur général de l'Agence à titre de membre du conseil d'administration, nonobstant le fait qu'il peut également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient lui être applicables au titre d'administrateur public.
3. L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.
4. L'administrateur doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, favoriser l'application.
5. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais constitue des principes et des règles minimales qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

III. DÉFINITIONS

Administrateur : Désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Agence : Désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Conflit d'intérêts : Désigne la notion de conflit d'intérêts telle que définie à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., C. S-4.2, a. 154).

Conflit de rôle : Désigne la notion de conflit potentiel inhérente à la participation d'un administrateur à un conseil d'administration d'un autre organisme ou établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Conseil d'administration : Désigne le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Déontologie : Désigne les devoirs et obligations des administrateurs.

Éthique : Désigne les normes et les valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1. L'administrateur s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.
2. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et mandats qui lui sont dévolus par la loi ou autrement.
3. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions.
4. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée et dans l'intérêt de l'Agence elle-même.
5. L'administrateur doit être présent aux activités du conseil d'administration et de ses comités.
6. L'administrateur doit participer activement à la prise de position du conseil d'administration.
7. L'administrateur intervient lors des séances du conseil de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.
8. L'administrateur, de par son intervention, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des organismes en relation avec l'Agence ; il agit avec équité à l'égard de ces établissements et organismes.

Il exerce son droit de vote et ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte des considérations politiques ou partisanes.

9. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

10. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général, ou toute autre personne que celui-ci pourrait désigner, agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers.

11. L'administrateur fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration.

12. L'administrateur est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du conseil d'administration représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

13. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue. Il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public, avec chaque individu.

Conflit d'intérêts et conflit de rôle

14. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de l'Agence sans tenir compte d'intérêts particuliers.

15. Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence ou les obligations de ses fonctions doit, sous peine de déchéance de sa charge :

    a) dénoncer son intérêt au conseil d'administration ;

    b) s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, dans laquelle il a un intérêt, est débattue.

16. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

17. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

18. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

19. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.

20. L'administrateur doit prévenir tout conflit de rôle et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

21. L'administrateur qui siège à un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts pour toute décision que le comité ou la commission prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmit au conseil d'administration.

Activités politiques

22. Le président du conseil d'administration et le président-directeur général doivent éviter de manifester publiquement leurs allégeances politiques partisanes.

23. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Tout autre membre du conseil d'administration qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

24. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit démissionner de ses fonctions.

Rémunération

25. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.

26. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

27. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, pour lui-même ou pour un tiers.

V. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

28. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'Agence.

29. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.

30. Dans l'année qui suit la fin de l'exercice de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle est partie l'Agence et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

VI. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

31. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent Code.

32. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent Code d'éthique et de déontologie, en saisit le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

33. Le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas, décide s'il s'agit d'un manquement ou d'une plainte frivole ou sans fondement. À cette fin, il consulte le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie.

34. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie formé par le conseil d'administration est composé de trois membres du conseil. Le président, le vice-président du conseil d'administration et le président-directeur général ne peuvent être membre du comité.

35. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie examine toute plainte transmise par le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas.

36. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête, en respectant les règles de justice naturelle.

37. L'enquête doit être confidentielle et protéger l'anonymat du plaignant.

38. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie doit informer l'administrateur visé de la nature des manquements reprochés.

39. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie transmet le résultat de son enquête au président du conseil d'administration, ou au vice-président, selon le cas, et recommande une sanction, lorsqu'il arrive à la conclusion que l'administrateur a enfreint la Loi, le Règlement, ou le présent Code. Ce rapport est confidentiel.

40. Le président ou le vice-président, selon le cas, réunit le conseil d'administration qui décide, à huis clos, de la sanction à imposer à l'administrateur visé, lorsque requis. Ce dernier ne participe ni aux délibérations ni à la décision. Il peut cependant se faire entendre avant la prise de décision.

41. Les sanctions qui peuvent être prises sont, selon la nature ou gravité du manquement, le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou le recours en déchéance de charge.

42. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

VII. DÉCLARATION D'INTÉRÊT

43. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque membre du conseil d'administration doit produire la déclaration contenue à l'Annexe II du présent Code.

44. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

45. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

46. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

47. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées ;
- des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

IX. DISPOSITIONS FINALES

48. Les membres du conseil d'administration s'engagent à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun d'eux. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

49. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval adopté le 7 mai 2003.

Ce document a été produit par :
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Coordination

Direction des affaires administratives

Rédaction

- Johanne Paré, conseillere-cadre aux communications, Direction des affaires administratives
- Martine Caza-Lenghan, agente d'information, Direction de santé publique
- Toutes les directions de l'Agence

Graphisme

Hélène Meunier

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.
Pour obtenir une copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Centre de documentation, au numéro suivant : 450-978-2000. Ce document est également disponible sur le site Web de l'Agence, à l'adresse suivante : www.sssslaval.gouv.qc.ca

Dépôt légal : 3e trimestre 2007
ISBN : 978-2-923198-73-6 (version papier) et 978-2-923198-74-3 (version PDF)
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

Adopté par le conseil d'administration, le 24 septembre 2007.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval
Québec

800, boul. Chomedey, Tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : (450) 978-2000
Télécopieur : (450) 978-2100
Courriel : regie-laval@ssss.gouv.qc.ca
Site Web : www.sssslaval.gouv.qc.ca